

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 72

DE LA

Tuberculose Primitive Folliculaire

DE LA GLANDE THYROÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Février 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON DIDIER

Né à Chanos-Curson (Drôme), le 21 octobre 1887

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



BRIGNAIS

IMPRIMERIE DE L'ÉCOLE PROFESSIONNELLE
DE SACUNY

Février 1913



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 72

DE LA

Tuberculose Primitive Folliculaire

DE LA GLANDE THYROÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 6 Février 1913

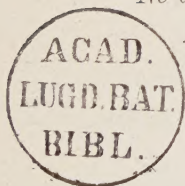
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON DIDIER

Né à Chanos-Curson (Drôme), le 21 octobre 1887

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



BRIGNAIS

IMPRIMERIE DE L'ÉCOLE PROFESSIONNELLE
DE SACUNY

Février 1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	X...
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET,	—
Déontologie et médecine professionnelle	ETIENNE MARTIN,	—

AGRÉGÉS

MM. REGAUD	MM. ETIENNE MARTIN	MM. BRETIN	MM. MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
GAYET	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIERY, ch.....
PATEL	LATARJET	CADE	SAVY, ch.....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. COURMONT, Président; VORON, Assesseur;
MM. LERICHE et SAVY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*De condition modeste ils ont dû
s'imposer de lourds sacrifices
pour me permettre de mener à
bien mes études; qu'ils reçoivent
le témoignage de ma prfonde
reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. COURMONT

Professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine de Lyon,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Il m'a accueilli dans son service
hospitalier avec la plus grande
bienveillance. Il a contribué pour
beaucoup à mon instruction par
son cours magistral, et par son dé-
vouement pour notre association.
Qu'il soit assuré de ma respectu-
euse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VORON

Professeur agrégé à la Faculté;
Accoucheur des Hôpitaux.

*Je suis heureux de lui exprimer toute
ma reconnaissance pour son ensei-
gnement et sa constante amabilité.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. SAVY

Médecin des Hôpitaux.

*Il fut pour moi un guide bienveillant
et sûr dans la composition de ce
travail, et ne m'a ménagé ni son
temps, ni ses conseils. Qu'il veuille
bien m'excuser de l'avoir si souvent
importuné au cours de cette
année dernière passée auprès de
lui, et qu'il me permette de le re-
mercier de l'amitié qu'il m'a tou-
jours montrée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LERICHE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- M. le Professeur J. TEISSIER,
Professeur de clinique médicale,
Associé national de l'Académie de Médecine.
- M. le Professeur J. COURMONT,
Professeur d'hygiène à la Faculté.
Médecin des Hôpitaux.
- M. le Docteur VALLAS,
Professeur adjoint de pathologie externe.
Chirurgien des Hôpitaux.
- M. le Docteur GALLAVARDIN,
Médecin des Hôpitaux.
- M. le Docteur BONNET,
Médecin des Hôpitaux.
- M. le Docteur DURAND.
Chirurgien des Hôpitaux.
- M. le Docteur VORON,
Professeur agrégé à la Faculté.
Accoucheur des Hôpitaux.
- M. le Docteur SAVY,
Médecin des Hôpitaux.
- M. le Docteur CADE,
Professeur agrégé à la Faculté.
Médecin des Hôpitaux.
- M. le Docteur MOURIQUAND,
Professeur agrégé à la Faculté.
Médecin des Hôpitaux.

DE LA

TUBERCULOSE PRIMITIVE FOLLICULAIRE

de la glande thyroïde

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET CLASSIFICATION DES FORMES DE LA TUBERCULOSE THYROIDIENNE

L'étude de la tuberculose du corps thyroïde présente dans son histoire quatre périodes successives. Pendant longtemps la tuberculose de la thyroïde fut considérée comme une rareté, même niée par certains auteurs. En 1862 viennent les observations de tuberculose miliaire secondaire, reconnue à l'autopsie de malades morts de granulie. Puis en 1893 BRUNS publie la première observation d'une tuberculose thyroïdienne cliniquement primitive, et plus récemment enfin la pathologie de cette glande a vu son champ s'agrandir par l'étude de la tuberculose inflammatoire. Reprenons en détail maintenant ces quatre étapes de la tuberculose de la thyroïde.

1^o Au milieu du siècle dernier, l'idée régnait que le goître et la tuberculose s'excluaient mutuellement et que la glande thyroïde était peu propice au développement de la tuberculose. VIRCHOW fait cette remarque de la rareté de la tuberculose thyroïdienne.

et ROKITANSKY conteste absolument son existence. Nous développerons au chapitre pathogénie cette question de la difficulté de tuberculisation de la thyroïde.

2^o Une deuxième période s'ouvre en 1862, celle de l'étude de la tuberculose miliaire du corps thyroïde apparaissant comme localisation secondaire chez un sujet atteint d'autres lésions bacillaires aiguës ou chroniques, et constituant une des manifestations de la granulie généralisée. Le premier cas connu est celui de LEBERT (1862) : Une jeune fille de 25 ans mourut d'une tuberculose aiguë à forme typhoïde. La thyroïde était de grosseur normale, mais semée de granulations. D'autres observations sont alors publiées.

VIRCHOW rapporte deux cas de tuberculose miliaire généralisée de la thyroïde. COHNHEIM en cite huit observations. CORNIL et RANVIER en 1876 donnent une description histologique précise d'un de ces cas de tuberculose miliaire thyroïdienne.

CHIARI s'occupe en détail de cette question. Il a observé quatre cas de tuberculose thyroïdienne sur 96 autopsies de tuberculeux chroniques, et 3 cas sur 4 observations de tuberculose aiguë.

DEMME publie l'observation d'une petite fille qui, atteinte de tuberculose et d'adénite cervicale, présentait plusieurs nodules tuberculeux dans la thyroïde.

WEIGERT prétend qu'il est rare de ne pas rencontrer des tubercules dans la thyroïde au cours de la granulie. FRAENKEL relève presque constamment des granulations tuberculeuses thyroïdiennes au cours des infections bacillaires aiguës, mais il n'en trouve que 6

fois sur 58 autopsies de tuberculeux chroniques. HEGAR sur 1563 autopsies de tuberculeux, observe 57 cas de tuberculose thyroïdienne, c'est-à-dire environ 3,6 0/0, mais il s'agit presque toujours de tuberculose miliaire plus ou moins généralisée, car il n'en trouve que 5 cas au cours des formes chroniques.

PERRY observe en 1891, dans la glande thyroïde d'apparence normale d'une bacillaire de 10 ans, de nombreux foyers tuberculeux, et VOELCKER dans trois cas de tuberculose miliaire de l'enfance, remarque de nombreux tubercules thyroïdiens. Enfin ROGER et GARNIER, sur 16 malades morts de tuberculose constatent que parmi les 10 cas concernant des tuberculoses chroniques, le corps thyroïde était indemne, tandis que sur les 6 autres qui se rapportent à de la tuberculose miliaire aiguë, on note deux fois l'atteinte du corps thyroïde. Dans tous les cas que nous venons d'examiner, il s'agit en somme de trouvailles d'autopsie et de lésions bacillaires secondaires sans personnalité clinique, n'ayant qu'un intérêt anatomo-pathologique.

3^o a). L'histoire de la tuberculose primitive tout au moins en apparence, se manifestant sous un aspect clinique où le corps thyroïde est au premier plan, est de connaissance plus récente. Le premier cas publié remonte à 1893 et concerne une observation de BRUNS. Une femme de 41 ans était porteur d'un goître depuis son enfance. La tumeur s'accrut rapidement en six mois; cette augmentation de volume s'étant accompagnée de troubles divers: douleurs irradiées et troubles respiratoires, on porta un diagnostic de goître malin. L'hémithyroïdectomie fut difficile en raison des

adhérences, et l'examen microscopique démontra la nature tuberculeuse des lésions.

Le deuxième cas fut observé en 1894 par SCHWARTZ. Il s'agissait dans ce dernier fait d'un abcès froid thyroïdien. Ces deux observations établissent l'existence de deux types cliniques réalisés par la tuberculose massive thyroïdienne : la thyroïdite ligneuse à forme de cancer, et l'abcès tuberculeux. D'autres observations que nous étudierons plus complètement au cours de ce travail, furent ensuite rapportées : Les unes, celles de Rolleston, de Corner, de Pupovac, de Bérard, de Lenormant, de von Schiller, ressemblent à celles de Schwartz ; les autres, publiées par Fraenkel et Clairmont, se rapprochent un peu du cas de Bruns, mais la nôtre surtout, réalise absolument le type clinique décrit par ce dernier auteur.

b) Cette tuberculose primitive du corps thyroïde peut revêtir une autre forme qui est la tuberculose discrète d'un corps thyroïde préalablement goitreux. Cliniquement, ce sont des malades porteurs d'un goitre banal, opérés comme de simples goitreux. L'examen histologique systématique des pièces prélevées au cours de l'intervention, montre des altérations manifestement tuberculeuses, en général limitées à des territoires peu étendus, le reste de l'organe présentant l'aspect habituel des goîtres. C'est RUPPNER, en 1909, qui décrit cette forme. Il rapporte 3 cas de goitre nodulaire, dont l'un s'accompagnait de symptômes exophtalmiques. L'examen histologique décèle des follicules tuberculeux. VON WERDT ayant examiné microscopiquement 454 cas de goîtres ordi-

naires a trouvé 3 fois des lésions tuberculeuses. Il étudia aussi 29 goîtres à type basedowien et reconnut 1 fois des manifestations bacillaires. ARND rapporte également trois cas de malades porteurs de goîtres *d'aspect banal*, dans lesquels on trouva après intervention des lésions histologiques de tuberculose. HEDINGER ayant examiné systématiquement tous les goîtres adressés depuis 5 ans à l'institut anatomo-pathologique de Bâle, a sur 608 pièces trouvé 10 fois de la tuberculose. (Trois de ses observations sont publiées déjà par Ruppanner.) Il croit que la proportion est encore plus considérable, car les lésions sont très discrètes, et on en trouverait plus fréquemment si on recherchait méthodiquement la tuberculose sur des coupes sériées.

4° Toutes les formes de la tuberculose thyroïdienne, décrites jusqu'ici sont de la tuberculose typique, folliculaire. La démonstration en a été faite par la présence du follicule tuberculeux, de la cellule géante, souvent même du bacille. Mais si la tuberculose peut former dans la thyroïde des lésions dites spécifiques, elle peut déterminer aussi des altérations inflammatoires simples qui seraient plus fréquentes même que les premières. D'après ROGER et GARNIER (1898) la sclérose de la glande thyroïde serait presque constante chez les tuberculeux. Ils l'ont observée 11 fois sur 12 autopsies, une fois seulement cette sclérose était hypertrophique, la glande étant le plus ordinairement diminuée de volume et de poids. Mais jamais, ils n'ont trouvé dans ces thyroïdes de la tuberculose folliculaire. GIRAUD étudie cette sclérose thy-

roïdienne qu'il a trouvée 19 fois sur 24 autopsies de tuberculeux. TORRI, KASHIWAMURA, de QUERVAIN MORIN, la signalent aussi. De Quervain cependant fait quelques réserves au sujet de l'origine exclusivement tuberculeuse de cette sclérose, et émet l'hypothèse de la possibilité du rôle des infections dans sa production. C'est surtout PONCET avec LERICHE et *L'Ecole Lyonnaise* qui ont donné à la question de la tuberculose inflammatoire de la thyroïde, toute l'ampleur qu'elle possède aujourd'hui. Les aspects anatomo-cliniques en sont variés, certains sont très fréquents.

Nous avons vu déjà la sclérose thyroïdienne comme une manifestation de la tuberculose inflammatoire. Nous pouvons trouver encore.

a) Des poussées *d'hypertrophie thyroïdienne* observées surtout chez des tuberculeux au début et régressant vite sous l'influence du traitement.

b) *Une thyroïdite ligneuse cancéroforme* dont Poncet publie un cas étudié chez un garçon de 16 ans. La tumeur s'étendait de l'os hyoïde à la fourchette sternale. Dure, ligneuse, non mobilisable, elle s'était développée rapidement en 6 mois et s'accompagnait de douleurs et de gêne respiratoire intense. Le séro-diagnostic tuberculeux était positif. La biopsie n'a montré qu'une sclérose très accusée du tissu thyroïdien, sans bacilles, ni follicules. L'inoculation fut négative.

c) *Des noyaux d'adénome*, constituant un véritable goître nodulaire. Certains goîtres d'apparence banale seraient ainsi d'origine tuberculeuse, cette hypothèse étant fondée sur ce fait qu'un grand nombre

de sujets porteurs de ces goîtres ont des antécédents tuberculeux.

d) *Des thyroïdites basedowgènes* enfin. GILBERT et CASTAIGNE, RUPPANNER, HEDINGER ont trouvé dans un corps thyroïde basedowien des lésions tuberculeuses spécifiques, mais il existe, en outre, un assez grand nombre d'observations où l'association des deux maladies est signalée, et plus spécialement, où on a décrit le développement du goître exophtalmique sur un terrain déjà imprégné de tuberculose. (LAIGNEL-LAVASTINE et BLOCH, MANTOUX et de LA ROCHE, RAMOND et BLOCH, MOURIQUAND et BOUCHUT, BECK, ONGHIA).

En 1907 DUMAS, élève de PONCET, a publié 15 observations de goîtres exophtalmiques où l'on pouvait considérer la tuberculose comme le facteur étiologique de cette affection (6 tuberculeux pulmonaires, 4 adénites bacillaires, 5 malades ayant des antécédents tuberculeux).

ALAMARTINE a signalé aussi l'importance de la tuberculose parmi toutes les causes possibles du goître exophtalmique.

Mais dans notre travail, nous devons laisser de côté cette question de la tuberculose inflammatoire si complètement étudiée par le P^r Poncet pour nous limiter à l'étude de la tuberculose folliculaire. Les formations folliculaires sont parfois très rares et très discrètes, et les lésions histologiques sont partout ailleurs celles d'une inflammation d'apparence banale. On ne saurait nier que cette inflammation soit de nature tuberculeuse malgré l'absence de follicules en ce point, ou de bacilles de Koch. Ces faits constituent donc de nouveaux

arguments en faveur de la doctrine du professeur lyonnais. Nous dédoublerons encore cette forme de tuberculose thyroïdienne polliculaire ; nous abandonnerons tous les faits où la glande thyroïde paraissait pendant la vie être absolument normale et où la lésion tuberculeuse n'a été qu'une trouvaille d'autopsie due à l'étude systématique de la thyroïde, en particulier tous les cas chez lesquels la tuberculose thyroïdienne n'était qu'une manifestation d'une granulie généralisée. Nous nous limiterons donc à la tuberculose thyroïdienne qui aura donné des symptômes cliniques sous une modalité quelconque, nous étudierons les cas où l'affection thyroïdienne a été vraiment dominante et où l'étude histologique a été faite parce que l'attention du chirurgien avait été frappée par une modification importante de la glande. C'est à ces faits que nous donnons le nom de tuberculose primitive. Nous ne voulons donc pas affirmer par cette appellation que les observations publiées se rapportent à des localisations vraiment primitives du bacille de Koch sur le tissu thyroïdien. Affection thyroïdienne dominante, et non localisation initiale du bacille, tel est le sens que nous voulons attribuer au terme de primitif.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Toutes ces observations se rapportent à des cas dont la nature tuberculeuse a été prouvée par des examens anatomiques et bactériologiques sauf pour une d'entre elles (obs. X) où l'aspect du plus grumeleux avec des fongosités était tellement caractéristique, qu'il dispensa d'une inoculation; l'apparition ultérieure de localisations bacillaires multiples confirma le diagnostic.

C'est à dessein que nous n'avons pas rapporté les observations de Clairmont et de Lydstone, dont l'origine tuberculeuse n'a pas été suffisamment démontrée.

Quant aux autres observations, toutes ont présenté soit des formations folliculaires typiques, soit des bacilles de Koch sur les coupes ou ont été inoculées positivement. Il est certain que ces deux dernières preuves (bacilles de Koch et inoculation positive.) ont une valeur irréfutable. On ne saurait en dire autant lorsque seule la présence de follicules a permis d'affirmer la tuberculose, puisque d'autres affections, en particulier la syphilis peuvent présenter des caractères histologiques analogues. Nous avons néanmoins conservé tous ces faits, lorsque les recherches de laboratoire (séro-diagnostic) ou les signes cliniques

concomitants, parlaient en faveur de la tuberculose. Dans ces cas en effet cette existence de symptômes cliniques et humoraux, et de follicules de Koester nous a paru suffisamment démonstrative. Du reste, la recherche des bacilles même dans ces cas bien caractérisés ne donne pas des résultats constamment positifs, et malgré l'absence d'inoculation, les auteurs se contentent de la signature anatomique qui leur paraît conserver une valeur suffisante.

Nous avons classé les observations en quatre catégories suivant leur aspect clinique :

- 1° *Les cas de thyroïdite ligneuse ;*
- 2° *Les abcès froids de la glande thyroïde ;*
- 3° *Les goîtres d'apparence banale ;*
- 4° *Les goîtres exophtalmiques.*

A. — Observations se rapportant au type :
thyroïdite ligneuse.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de MM. TIXIER et SAVY)

B. Catherine, 46 ans, entre dans le service de M. Tixier le 29 juin pour un goître.

Père mort à 61 ans de néphrite chronique; mère vivante ; un frère mort à 47 ans d'une affection indéterminée.

Rougeole dans l'enfance et coqueluche probable. Réglée à 10 ans 1/2, régulièrement depuis. A 20 ans, coliques hépatiques qui se sont renouvelées au cours de ses grossesses. Mariée à 22 ans, une fausse couche de 4 mois; 6 enfants dont 4 sont morts, un né à 7 mois est mort 2 jours après sa naissance, 2 sont morts en bas âge, l'un d'une gastro-entérite aiguë, l'autre d'une affection pulmonaire. Le quatriè-

me est mort à 3 ans 1/2 d'une « bronchite » ayant duré 3 semaines. Les deux autres sont bien portants. Depuis 2 ans, la malade avait des hémorragies, elle perdait parfois pendant 20 jours de suite. Elle attribue cet état à la ménopause car elle n'a pas reperdu depuis 3 mois.

Pas de syphilis avouée. Pas de stigmates de syphilis.

Le début de l'affection actuelle est vague, remonterait à un an environ, s'est fait par des troubles de la respiration. La malade était essoufflée, surtout à l'occasion des efforts. La montée d'une rampe d'escaliers provoquait des phénomènes de suffocation. Plus tard, la dyspnée apparut au repos.

L'inspiration devint particulièrement pénible, un peu sifflante. Mais jamais d'accès dyspnéiques paroxystiques en dehors des efforts. Depuis un mois, au cours duquel on a fait remarquer à la malade que son cou grossissait, elle a eu quelques quintes de toux. Depuis quelques jours la voix s'est voilée, sans caractère bitonal. A l'entrée, on note une tuméfaction thyroïdienne diffuse, très dure, avec un noyau médian plus nettement isolable comprimant la trachée et plongeant vers le sternum. Dans la région sous-mentale, existe une tuméfaction médiane et dure.

Pas de douleurs, notamment à la nuque. Pas de dysphagie. Pas de troubles de compression vasculaire. A l'examen des poumons, on ne signale qu'une expiration un peu prolongée aux sommets.

Du côté de l'appareil circulatoire, on note un peu de tachycardie, mais la malade est émotive. Elle a maigri de 6 kilos en 2 ans, de 1 k. 1/2 ce dernier mois.

La température est de 37,9.

Pas d'albumine.

Intervention le 1^{er} juillet 1912. — La malade ayant du tirage, du cornage, on ne fait pas d'anesthésie générale. On injecte 0,02 cgr. de morphine et 0,06 cgr. de novocaïne. On fait une grande incision transversale par section des muscles sous-thyroïdiens; on découvre tout le corps thyroïde. La capsule est difficilement dissociée, car il existe une véritable sclérose adhésive de la capsule avec les aponévroses voisines. Le corps thyroïde est luxé en dehors dans son entier, et, la corne supérieure gauche se présentant la première, on luxe le corps

thyroïde de haut en bas. La corne inférieure gauche descendant derrière le sternum n'est luxée qu'après une petite incision verticale descendant jusqu'à la fourchette sternale. On pratique une thyroïdectomie avec ligature successive des pédicules, en ayant soin de respecter une petite portion du corps thyroïde. D'ailleurs, il reste au niveau du lobe droit un noyau qui paraît suffisant pour assurer les fonctions thyroïdiennes.

La malade sort le 11 juillet.

20 juillet. — La malade revient pour des crises de suffocation, une dyspnée intense. M. Molin fait d'urgence une trachéotomie le 22 juillet.

13 août. — M. Collet examine son larynx. Celui-ci est normal. La trachée paraît perméable dans la région immédiatement sous-glottique. M. Collet conseille de décanuler.

29 août. — La canule ayant été enlevée, la malade est envoyée en médecine, dans le service de M. le professeur Courmont où nous l'avons examinée. On note alors:

Malade un peu dyspnéique (29 à 32 mouvements respiratoires à la minute;) lèvres légèrement bleuâtres; ganglion sous-maxillaire du volume d'un œuf de pigeon, non douloureux.

Pas d'adénopathie cervicale.

Poumons: Expiration prolongée un peu soufflante aux deux sommets surtout à gauche.

Appareil circulatoire. Cœur; pointe dans le 5^e espace, en dedans du mamelon; 1^{er} bruit un peu soufflant. Eclat du 2^{eme} bruit au foyer aortique. Pouls régulier à 80.

Tube digestif et *Système nerveux* ne présentent rien à signaler.

30 août 1912. — *Wassermann négatif*.

30 août 1912 — *Séro-diagnostic tuberculeux aglatine* à 1/5; négatif à 1/10, 1/15.

Radioscopie: quelques ombres ganglionnaires paracardiaques. *Les deux sommets s'éclairent mal*;

La malade sort le 31 août en bon état.

10 septembre. — Elle fait appeler chez elle, son médecin habituel, le Dr Trouilleur pour des accidents dyspnéiques analogues à ceux qu'elle avait présentés après son intervention.

et qui avaient nécessité la trachéotomie. Mais il est à noter que cette dyspnée n'est pas due à une récédive de la lésion thyroïdienne, car il n'y a plus aucune trace de la tumeur.

Ces accidents consistaient surtout en un peu de tirage qui obligeait la malade à garder la position assise, pour dormir et qui s'accompagnait de quelques signes de bronchite.

Toutefois, ces symptômes ne durent pas inquiéter beaucoup la malade ou son entourage, car on ne fit plus rappeler le médecin.

7 octobre. — Le matin, on trouve la malade morte dans son lit alors que, la veille, son état ne s'était nullement aggravé.

L'autopsie n'a pu naturellement être faite, la malade étant morte chez elle.

Examen anatomique post-opératoire. — Le corps thyroïde est augmenté de volume mais sans exagération et sans déformation. Mais il est *extrêmement dur, ligneux* et cette dureté apparaît encore plus manifeste à la section de l'organe qui crie sous le couteau.

Sur la coupe, on voit que tout le tissu thyroïdien dans son ensemble est transformé en un bloc de tissu blanchâtre, de coloration uniforme sans tubercule ni kyste. Le tissu thyroïdien normal ne persiste que dans la partie supérieure du lobe gauche. A ce niveau, on constate la présence de deux noyaux arrondis, dont l'un a les dimensions d'une pièce de 0,50 centimes et l'autre d'une pièce de 0,20 centimes. Ces noyaux sont de coloration rougeâtre et de consistance gélatineuse ; ils tranchent nettement sur le tissu blanc et dur du reste de la glande et ils correspondent à deux petits noyaux thyroïdiens adénomateux.

Examen histologique. — Au faible grossissement, on aperçoit sur les bords de la préparation quelques vésicules thyroïdiennes d'aspect normal bien que de volume inégal. Elles sont séparées les unes des autres par un stroma complètement envahi par de petites cellules inflammatoires. Partout ailleurs, on ne retrouve plus de vésicules thyroïdiennes et l'on ne voit plus qu'une nappe de cellules inflammatoires confluentes en certains points, où elle forment de véritables amas nodulaires et plus clairsemés ailleurs au sein d'un stro-

ma hyalin très développé à ce niveau. D'assez nombreuses cellules géantes se révèlent ça et là au milieu des amas de petites cellules.

A un plus fort grossissement :

1° Au niveau du point où se voient encore les *vésicules thyroïdiennes*, celles-ci ont conservé une apparence normale, à part de grandes inégalités de volume. Les unes sont volumineuses, les autres sont très réduites, comme étouffées par les productions inflammatoires. Elles contiennent de la substance colloïde et elles sont tapissées d'un épithélium très régulier, qui ne tend nullement à proliférer à l'intérieur de la cavité.

2° *Le tissu interstitiel* est complètement envahi par de nombreuses cellules inflammatoires réunies en nappe, lesquelles constituent la majeure partie du tissu pathologique. Elles s'infiltrant entre les vésicules thyroïdiennes, et lorsque celles-ci ont disparu, elles forment soit des amas nodulaires confluents, ou, moins nombreuses en d'autres points, elles apparaissent distinctement sur le fond clair d'un stroma hyalin abondant. Les formations fibreuses sont plus rares que ne le faisait supposer l'examen macroscopique. On voit cependant quelques larges bandes qui sillonnent la préparation et qui sont infiltrées par ces mêmes éléments.

Au sein de ce tissu inflammatoire, de nombreux capillaires apparaissent disséminés sur les coupes.

3° *Les formations folliculaires* sont particulièrement nombreuses et bien caractérisées. On voit tout d'abord de nombreuses cellules géantes du type de Langhans, avec leur centre vitreux et leurs noyaux disposés tout autour en couronne ou demi-couronne. Il n'y a pas de tubercules caséeux. Ces cellules géantes siègent au milieu des cellules inflammatoires, dans le tissu interstitiel et dans quelques points, sont nettement entourées de cellules épithélioïdes.

Ces cellules géantes prennent naissance *dans le tissu interstitiel*. On ne voit nulle part des vésicules thyroïdiennes se transformer pour leur donner ultérieurement naissance.

Les bacilles de Koch ont été recherchés sur les coupes :

Le résultat a été négatif

OBSERVATION II

Bruns (*Struma tuberculosa*, *Bruns Beitrage* 1893, Bd. 10.

F. Ehnis 41 ans de Neuweiler, veuve. Depuis son enfance a un petit goître, mou à la palpation et qui nela gênait en rien. Dans le courant de l'année, ce goître a pris un brusque développement, mais déjà depuis six mois, l'accroissement en était rapide. Il se forma dans la partie antérieure du goître un noyau qui peu à peu envahit la moitié droite de la tumeur. Les douleurs dans la nuque apparurent et devinrent très violentes. Dans les derniers temps, difficulté de la respiration et dyspnée d'effort.

A l'examen, femme paraissant jouir d'une excellente santé; l'examen des organes ne donne aucun renseignement. On ne trouve rien au point de vue tuberculose pulmonaire. La malade ne tousse pas, ne crache pas.

Pas d'albumine dans les urines.

Le corps thyroïde est augmenté de volume dans toutes ses parties. Le côté droit forme une tumeur de la grosseur d'un poing d'enfant; elle descend en bas jusqu'au sternum, est de consistance dure et recouverte d'une peau mince et tendue. Elle présente une surface inégale. La partie gauche dont le volume est moitié moindre est d'une consistance molle,

Quelques ganglions indurés sont sentis au voisinage de la partie latérale droite du goître.

La trachée est déviée à gauche. L'examen laryngoscopique montre une légère parésie du récurrent droit. La voix est à peine changée. Au repos aucune dyspnée, mais les mouvements violents la font apparaître.

D'après l'aspect clinique on n'a pas l'impression d'un goître simple, mais bien plutôt d'une dégénérescence maligne.

En faveur de cette hypothèse, plaident l'accroissement soudain, les douleurs, la consistance dure de la partie droite, comparée à la consistance molle de la portion opposée de la masse, les ganglions voisins. Aussi décide-t-on l'extirpation du noyau droit.

Le 12 juillet 1892, extirpation extracapsulaire du goître. L'opération rendue difficile par des adhérences, dure une heure. Drainage.

Guérison en 10 jours.

Examen macroscopique : tumeur de la grosseur d'un poing d'enfant, excessivement dure.

Examen histologique : Dans le parenchyme induré on trouve des foyers caséeux. Dans leur coque, existent des éléments épithéliaux sans ordre avec de très nombreuses cellules géantes typiques.

Les ganglions ne présentent aucune lésion tuberculeuse mais une simple hyperplasie.

On a recherché sans succès des bacilles de Koch, d'après les méthodes les plus sûres sur des coupes nombreuses et étudiées d'une façon attentive.

Le 2 novembre 1892, la malade revient. La cicatrisation est parfaite. Mais du côté opéré, en un point correspondant à la partie postérieure du lobe absent, on trouve un petit ganglion dont la malade veut être débarrassée.

On enlève le ganglion. Une masse caséreuse diffuse et sèche en occupe la plus grande partie. On ne trouve pas de bacilles.

OBSERVATION III

*Fraenkel (Arztl Verien in Hamburg Sitzg. v. II. V. 1897
Deutsche med. Wochenschr. 1897, 24 Vereinsbeilage)*

Résumé. — Goître dont l'extirpation, rendue laborieuse par suite de fortes adhérences, aboutit à des lésions de l'œsophage et du larynx. Le goître, qui pendant des années n'avait donné aucun malaise, accrut son développement en 4 mois et provoqua des troubles de la déglutition, de l'enrouement et de la dyspnée.

Dans le lobe droit de la thyroïde on trouve de nombreux foyers caséeux. Le lobe gauche au contraire ne présente qu'une induration tuberculeuse diffuse. La malade mourut d'une médiastinite suppurée, et l'autopsie ne montra que quelques nodules tuberculeux isolés dans le poumon.

OBSERVATION IV

Ugo Camera (*La Clinica Chirurgica*. 31 octobre 1912. Num. 10. La Tuberculosis primitiva della ghiandola Tiroide.)

G. Thérèse. 51 ans, originaire de Chiaverano ; entre à la clinique le 10 mai 1910. Rien d'anormal dans sa famille. Réglée à 16 ans, depuis régulièrement. Mariée à 24 ans. 4 enfants (grossesses et accouchements normaux). Un avortement de cause inconnue.

Sans aucune cause apparente, au cours de l'automne dernier, elle fut prise de faiblesse très accusée, de malaise général qui exigea un séjour de 5 semaines au lit.

Pendant cette période, elle eut la sensation d'un serrement au cou, lequel commença à se tuméfier sur la ligne médiane au-dessous du cartilage thyroïde. La tuméfaction se maintint pendant cinq mois environ du volume d'un œuf de poule, puis se mit à croître rapidement. La respiration se fit chaque jour plus difficile et la malade vint à la clinique, précisément au moment de ces troubles respiratoires.

L'état général est mauvais, le teint, terreux ; les muqueuses sont extrêmement pâles, les masses musculaires et adipeuses excessivement réduites.

A l'examen clinique, le cœur, les poumons et autres organes n'ont rien de pathologique. La respiration, pénible et stridente, oblige la malade à demeurer au lit demi-assise.

Température normale.

Pouls faible = 90.

Pas d'albumine dans les urines.

Voix rauque.

Dans la région antérieure du cou, on note une tumeur du volume d'un gros poing d'adulte, limitée latéralement par le bord antérieur des muscles sterno-cleido-mastoldiens et s'élevant en haut jusqu'à l'os hyoïde. Cette masse est divisée en deux parties, une supérieure, plus petite, et une inférieure plus grande. Sa consistance est ligneuse.

Elle est adhérente profondément et suit les mouvements d'ascension du conduit laryngo-trachéal, mouvements faciles et non douloureux. La peau qui la recouvre est normale et peut se plisser.

Pas de ganglions.

Etant donné le siège de la tumeur, sa croissance rapide, sa fixité, les troubles respiratoires et la cachexie de la malade, on ne peut douter du diagnostic de tumeur maligne sténosante la de thyroïde.

On décide une intervention immédiate à cause des troubles respiratoires.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Incision de Kocher. On sectionne plan par plan les tissus superficiels et l'aponévrose cervicale moyenne. On atteint la tumeur, d'aspect gris sale, dure, lisse; adhérences avec les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens gauches, sans englober cependant le paquet vasculo-nerveux du cou. On ne peut luxer la masse, en raison des adhérences intimes avec le conduit laryngo-trachéal. On avance lentement en cherchant à les libérer. Mais dans les derniers moments de l'intervention, le pouls devient de plus en plus faible et plus fréquent. On est obligé d'interrompre l'anesthésie et de se hâter de terminer. Sans hémorragie abondante, les phénomènes cardio-vasculaires deviennent graves et la malade meurt peu après.

Autopsie le 11 mai. — On trouve de « l'usure » de la trachée au niveau des premiers anneaux. Le lobe droit de la thyroïde est à peu près intact et normal. Cœur dilaté, atteint « d'atrophie brune ». Adhérences étendues du péricarde au sternum. Grosse rate, par hyperplasie folliculaire. Rien d'anormal ailleurs.

La mort est probablement due au mauvais état du cœur, influencé de façon fâcheuse par le chloroforme.

Examen histologique. — Résumé. On trouve dans les préparations des deux parties prélevées :

- 1° Une zone circonscrite par une active prolifération cellulaire, qui rappelle l'adénome fœtal, à cause de la morphologie de ses éléments et du rapport de la substance glandulaire avec le stroma.

- 2° Une formation spéciale qui présente tous les caractères d'un tubercule.

- 3° Une zone de parenchyme glandulaire, traversée par du tissu connectif hypertrophique atteint de dégénérescence plus ou moins avancée.

4. Un tissu de granulations, très riche en éléments cellulaires et interrompu çà et là par d'abondantes hémorragies et par des zones de dégénérescence caséuse.

La recherche des bacilles de Koch, faite sur de nombreuses coupes, a toujours été négative.

B.— Groupe : abcès tuberculeux de la thyroïde.

OBSERVATION V

Von Schiller : (Kalter abszess in der Gland thyreoidea *Wiener Klin. Wochenschr.* 1908)

Résumé.— Il s'agit d'un malade qui présentait une tumeur kystique de la région antérieure du cou et chez lequel Von Schiller posa le diagnostic de thyroïdite tuberculeux. Le plus évacué renfermait de l'iode.

La couture montra des bacilles tuberculeux qui poussèrent sur glycérine agar.

OBSERVATION VI

Corner : (Primary and secondary local tuberculosis of thyroid gland, *Clin. soc. London*, 1903-04)

Résumé. — Fillette de 9 ans présente au niveau du lobe droit du corps thyroïde une tumeur molle et fluctuante; le lobe gauche était dur et il y avait à son niveau une fistule cutanée. L'opération montra qu'il s'agissait d'un abcès du lobe droit dont la paroi était constituée par du tissu thyroïdien où l'examen histologique décela de nombreux tubercules.

Les plaies ne guérirent pas. L'enfant mourut 7 mois après de granulie.

OBSERVATION VII

Pupovac (Zur Kenntnis der Tuberkulose der Schilddrüse. *Wiener Klin. Wochenschr.* 1903)

Résumé : Homme de 42 ans. On vit apparaître chez lui une tuméfaction indolore au-dessous du larynx, à droite, du vo-

lume d'une noix et plus tard une autre tuméfaction grosse comme une noisette au-devant du sterno-cleïdo-mastoidien gauche. La peau devint livide. On sentait une fluctuation profonde. Le diagnostic posé fut celui d'abcès froid ganglionnaire.

A l'opération seulement on vit que l'abcès se continuait dans l'isthme du corps thyroïde. La guérison fut complète. L'examen des préparations montra qu'il s'agissait de tuberculose.

Aux poumons, submatité du sommet gauche.

OBSERVATION VIII

Schwartz (Absès tuberculeux du Corps thyroïde. *Archives de laryngologie*. 1894)

Résumé : Homme de 30 ans, présente une tumeur développée aux dépens de la partie droite de la glande thyroïde, sans altérations cutanées, et se mobilisant pendant la déglutition. On observe en outre une paralysie récurrentielle, des troubles de la déglutition, une déviation du larynx à gauche, du myosis à droite.

Pas de douleurs. Pas de fluctuation évidente. Pour éliminer l'hypothèse d'une tumeur maligne, on ponctionne et on ramène du pus. On incise. Le pus inoculé au cobaye le tuberculise.

L'examen clinique du malade est entièrement négatif en dehors des troubles dépendant de la tumeur thyroïdienne.

OBSERVATION IX

Lenormant (*Progrès médical*, 12 septembre 1908)

Homme de 40 ans, entre à l'Hôpital pour une petite tumeur du volume d'une grosse noix, siégeant à la partie antérieure et médiane du cou, au-dessous du larynx,

Cette tumeur arrondie et bien limitée offre une consistance uniformément molle et très nettement fluctuante ; elle suit les mouvements du larynx pendant la déglutition. La peau qui la recouvre est d'aspect normal ; les lobes thyroï-

diens latéraux présentent leurs dimensions et leur consistance habituelles,

Indolence complète ; aucun trouble fonctionnel, sauf un léger degré de raucité de la voix, mais le malade ne peut préciser si ce symptôme a précédé ou accompagné le développement de la tumeur. Quelques jours après l'entrée à l'Hôpital, peut-être sous l'influence d'examens répétés, la tumeur devient un peu sensible et la peau présente à son niveau une légère coloration rosée.

Le malade est en outre porteur d'un abcès froid dans la région trochantérienne droite.

On pense à un kyste thyroïdien.

Extirpation le 29 avril 1908. Mais, au cours de l'opération, après avoir traversé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, légèrement œdématisé, puis une mince couche de tissu thyroïdien rouge sombre et congestionné, on pénètre dans une cavité d'abcès renfermant environ un verre à liqueur de pus verdâtre. La cavité située au devant de la trachée paraît développée en plein tissu thyroïdien. Après évacuation complète du pus et grattage de la paroi, on draine l'abcès et on ferme partiellement l'incision cutanée.

Dans la même séance on ouvre et on curette l'abcès trochantérien sans trouver de point osseux dénudé.

Le résultat de l'intervention fut médiocre. La cavité de l'abcès diminua, mais une fistule s'établit et persiste encore sans tendance à la cicatrisation 2 mois $\frac{1}{2}$ après l'opération.

L'état général du malade s'est aggravé ; l'abcès de la cuisse reste fistuleux et il y a des signes de tuberculose pulmonaire commençante.

OBSERVATION X

Iwanoff (De la tuberculose de la glande thyroïde. *Thèse de Lyon* 1899-1900)

Jeune homme de 23 ans vient à la clinique de M. le Professeur Poncet en septembre 1888 pour être opéré d'une tumeur de la région thyroïdienne droite apparue il y a 2 ou 3 mois, et qui depuis a progressé peu à peu sans déterminer des troubles fonctionnels notables.

Tumeur limitée à la région sus-hyôidienne droite, franchement fluctuante, mate. La peau n'est ni adhérente, ni rouge, ni amincie à ce niveau. Pas de douleurs à la pression. La tumeur est mobile avec les mouvements du larynx.

Pas de phénomènes de compression.

L'état général est excellent.

On porte le diagnostic de collection thyroïdienne probablement adénomo-kystique.

Opération 2 jours après l'entrée, par M. Bérard.

Le kyste enchassé au sommet du lobe thyroïdien droit n'a pas une surface lisse et se crève en laissant s'écouler un pus grumelleux d'abcès froid avec quelques débris fongueux. Pas de grains jaunes.

Guérison huit jours après l'opération.

Dix mois après, le malade revient à la clinique, avec tous les signes d'une ostéite de l'os iliaque gauche et d'une arthrite fongueuse du genou correspondant. L'abcès est incisé. On fait des pointes de feu profondes sur l'articulation ; 15 jours après, le malade meurt de septicémie.

Iwanoff émet cette hypothèse que la tuberculose d'abord localisée à la glande thyroïde a été la cause directe de l'ostéite et de l'arthrite.

OBSERVATION XI

Rolleston (Caseous tubercle in the thyroid gland. *Path. soc. Transact* 1897. Bd 41)

Cas de tuberculose du corps thyroïde avec abcès tuberculeux rompu dans l'œsophage.

**C. — Observations se rapportant au type goître
d'aspect ordinaire.**

OBSERVATION XII

Ruppanner (Über tuberkulöse Strumen. *Frankfurter Zeitschrift für Pathologie* 1909. B.d. 2 Fall II.)

Mme I. T. 28 ans. Pas d'antécédents familiaux à signaler. Adénite cervicale dans l'enfance. Il y a 2 ans pneumonie. Depuis son extrême jeunesse, la malade avait un goître. Ce goître a augmenté notablement de volume au cours d'une grossesse qui vient de se terminer, il y a 3 jours par un accouchement normal. Depuis 3 semaines, cette femme avait de l'énervement, et présenta quelques accès d'étouffement.

L'accouchement fut normal. L'enfant vit. Il y a une heure, la malade a pris un accès de suffocation qui a motivé son transfert d'urgence à la clinique.

On se trouve en présence d'une malade cyanosée, à respiration stridente et présentant quelques râles pulmonaires dispersés. Le cou est tuméfié, (42 cm. de tour), au niveau des 2 lobes de la thyroïde. Le lobe droit a la grosseur d'un petit poing et le lobe gauche d'un œuf d'oie. La surface est lisse, la consistance ferme et élastique. La tumeur est délimitable et mobile, la peau normale.

On note de la compression de la trachée.

On opère d'urgence le 17 mai, après une anesthésie obtenue par quelques gouttes de chloroforme et d'éther. On enlève le lobe droit. Pendant l'opération, plusieurs accès d'étouffement se produisent. Après l'intervention, pneumonie droite. Le 31 mai, la malade quitte la clinique, guérie. A l'examen anatomique, tumeur lisse, avec consistance uniforme. A la coupe, on trouve une série de noyaux rouges transparents.

L'Examen histologique montre à côté des régions goitreuses de nombreux tubercules qui envahissent surtout les régions non goitreuses, avec de nombreuses formations folliculaires intervésiculaires.

Pas de bacilles sur les coupes.

OBSERVATION XIII

Ruppanner (loc. cit. Fall. I)

Mme A.W. 30 ans; grand-père maternel mort d'un cancer thyroïdien. La mère, un frère, une sœur ont eu un goître.

La malade a toujours été anémique. Plusieurs grossesses normales. Jamais de goître. Jamais de bronchite; mais une de ses sœurs est morte de tuberculose pulmonaire. Depuis 3 mois, le côté gauche du cou est le siège d'une tumeur qui n'a été douloureuse qu'au début. Les frictions iodées n'ont pas eu de succès. La respiration et la déglutition sont normales.

Entre à l'hôpital le 10 avril 1907. L'état général est peu satisfaisant; mais *l'examen viscéral est complètement négatif.*

Sur le côté droit du cou on voit une tumeur qui s'étend en largeur, du sterno-cleïdo-mastoidien à la ligne médiane, et en hauteur de la clavicule au cartilage thyroïde. La consistance en est ferme et élastique, avec quelques nodules plus durs. La pression n'est pas douloureuse. Le lobe gauche a la grosseur d'un œuf de poule.

La trachée n'est pas comprimée.

On opère le 11 avril sous anesthésie locale. On résèque une grande partie du lobe droit et la moitié du lobe gauche.

La malade quitte la clinique le 17 avril.

L'examen de la pièce montre au niveau des 2 lobes, des nodules colloïdes à côté desquels on observe de petits nodules jaunâtres, bien limités, de quelques millimètres à 1 cent. d'étendue. Le 29 mai, la malade revient à la clinique. La paralysie récurrentielle apparue à la suite de l'intervention a rétrocedé, mais la moitié droite du goître a grossi considérablement, est devenue sensible au toucher et gêne la respiration. Un médecin a constaté pour la première fois, avant cette nouvelle entrée, une lésion du sommet droit, mais il n'y a ni toux, ni expectoration, ni température.

A l'entrée on ne constate que de la submatité au sommet droit avec inspiration prolongée sans bruits surajoutés.

La récidence n'est survenue qu'au niveau du lobe droit. La tumeur est légèrement bosselée, assez dure et sensible, peu mobilisable, comprimant la trachée. Pas de ganglions cervi-

caux. On excise le 31 mai la plus grande partie du lobe droit.

L'examen macroscopique montre de petits nodules jaunâtres. L'examen histologique révèle de nombreux follicules tuberculeux avec une extrême abondance de cellules géantes qui sont intra-folliculaires.

On ne trouve des bacilles de Koch que dans un petit nombre de préparations. Ils siègent d'une façon élective dans les cellules géantes.

L'examen au Weigert montre des lésions d'endophlébite, mais sans processus tuberculeux à niveau.

OBSERVATION XIV

Arnd. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Festschrift Herrn Professor Th. Kocher*, 1912. Beiträge zur Klinik der Schilddrüsentuberkulose) (Obser. III)

G. Louise 35 ans, entre à l'hôpital le 14 mars 1907 pour un goître. Ce goître existe depuis 20 ans, mais s'est surtout développé depuis 2 ans. *La mère et 8 sœurs ou frères sont goitreux.*

Ce goître forme une tumeur piriforme qui s'étend de l'os hyoïde à la clavicule. Diamètre du cou = 39 cm. La partie supérieure est composée de plusieurs petits noyaux, et la partie inférieure de noyaux plus gros, indolores. La peau est normale.

Le larynx est dévié à gauche. Pas de paralysie des cordes vocales.

État général satisfaisant. *Aucune lésion des organes.*

Après l'opération, la guérison survint sans encombre et la malade sortit 8 jours après. L'examen de la pièce montre de nombreux noyaux colloïdes. En un point on trouva un tubercule avec cellules épithélioïdes et cellules géantes typiques.

La malade revue depuis peu, est toujours bien portante.

OBSERVATION XV

Arnd. (loc. cit. obs. II)

R. Hermann 32 ans, entre le 27 septembre 1906 à l'hôpital. Il y a 13 ans, il a été opéré d'un goître, à la partie droite du cou.

Il y a 2 ans 1/2 un goître est apparu à gauche et depuis 6 mois a évolué plus rapidement. Quelques ganglions sous-maxillaires gauches. Le goître a une forme de besace. Circonférence cervicale = 47 cm. Hauteur du goître = 10 cm. Il déborde le profil du visage de 2 cm. Sa surface est lisse. A droite, on voit la cicatrice de l'opération antérieure. La partie de l'isthme attenant au goître gauche, présente une tumeur dure comme une pierre, très irrégulière. Le larynx est normal. L'opération consiste en une énucléation partielle. 8 jours après, le malade quitte l'hôpital guéri. L'examen anatomique montre que la plus grande partie de la tumeur est constituée par des masses colloïdes, mais on trouve en outre de nombreux tubercules avec des cellules géantes typiques.

L'examen clinique des poumons et des autres organes ne révèle aucune lésion tuberculeuse.

OBSERVATION XVI

Arnd. (loc. cit. obs. I)

B. Suzanne 53 ans, envoyée le 31 juillet 1905 pour être opérée d'un goître. Elle habite un pays goïtrigène. Depuis plusieurs années elle avait eu divers malaises dont le médecin traitant n'avait trouvé aucune cause objective: pas de tuberculose viscérale, en particulier pas de tuberculose pulmonaire.

On trouve dans le lobe thyroïdien droit, un noyau arrondi de 7 cm de diamètre, s'étendant de la clavicule au bord supérieur du cartilage thyroïde. A gauche, au voisinage de la trachée existe une autre tumeur de la grosseur d'une prune.

Opération le 2 août 1905.

La femme sort guérie le 12 août.

La plus grande partie du goître était macroscopiquement formée de noyaux colloïdes transparents. On trouva en outre une lésion tuberculeuse caséifiée de 1 cm de diamètre.

La malade revue ces temps derniers est en bonne santé.

OBSERVATION XVII

E. Hedinger. (Deutsche Festschrift für Chirurgie. Festschrift Herrn Professor Th. Zur Kocher 1912. Lehre der schilddrüsen-tuberkulose Fall 4. Mähr-Bouch no 80. 1909.

Il s'agit d'une femme de 45 ans. A part les troubles occasionnés par son goître, elle est très bien portante. Aucun signe de tuberculose ne peut être décelé.

On a envoyé à l'institut pour l'examen histologique un goître. de $\times 87 \times 5$ cm. Il se compose pour une grande partie d'un gros noyau, limité par une membrane conjonctive épaisse de 1 à 5 m/m et de teinte jaunâtre.

Le noyau lui-même montre sur la coupe un tissu gris-brun finement réticulé et très transparent. On y trouve par endroits des petits foyers isolés, blanc-jaunâtres. Dans la capsule conjonctive, on voit une série de petites granulations, la plupart caséifiées. On peut étudier ces granulations avec toute la netteté désirable sur des préparations fixées.

L'examen microscopique montre dans le noyau, l'image d'un goître nodulaire colloïde. On voit une série de follicules de forme irrégulière, présentant pour la plupart une assise unique de cellules épithéliales très aplaties, et pleins jusqu'à leur limite de tension, de substance colloïde colorée en rouge intense par l'éosine. Ils montrent dans leurs dimensions de très grandes variétés. Des vésicules rondes très petites alternent avec de très gros follicules, de forme irrégulière. Entre ces follicules il existe du tissu conjonctif souvent abondant, souvent aussi teinté de sang et hyalin. Le nodule est limité par une capsule conjonctive mince, contre laquelle se dispose une rangée de vésicules thyroïdiennes fortement comprimées et atrophiées, ainsi que de la colloïde épaissie et des amas isolés de lymphocytes autour des vésicules. Les lobules thyroïdiens qui entourent le gros noyau du goître offrent un aspect bien différent. On voit ici, en dehors de la capsule conjonctive du noyau, une bordure de 3 à 5 m/m dans laquelle les follicules thyroïdiens manquent presque complètement, alors que les lobules thyroïdiens sont envahis par des tubercules massés d'une façon très dense et montrent par endroits une nécrose assez étendue. Les tubercules eux-mêmes présentent

la formation caractéristique lymphocytaire avec cellules épithéliales et cellules géantes de Langhans. La plupart des tubercules donnent l'impression nette qu'il s'agit de *formations interfolliculaires* ; très rarement on rencontre des images qui plaideraient en faveur de leur constitution intra-folliculaire. Les follicules thyroïdiens sous l'extension importante du processus tuberculeux sont simplement écrasés.

Les cloisons conjonctives interlobulaires sont çà et là épaissies et semées de nombreux lymphocytes. Par place on voit des follicules lymphatiques isolés. Les vaisseaux sanguins ne montrent aucune particularité. Presque partout cette grave altération est limitée au tissu conjonctif thyroïdien qui enveloppe le nodule. A la périphérie même de ce nodule, on trouve quelques tubercules qui presque toujours sont *intrafolliculaires* et qui au point de vue histogénèse montrent les figures signalées dans le rapport de Ruppanner.

Étant donnée l'extension du processus tuberculeux on peut ici parler d'un goître tuberculeux combiné à un goître nodulaire.

OBSERVATION XVIII

E. Hedinger (Loc. cit. Fall 5. *Mikr. Buch* Nr 448, 1909)

Le goître provient d'une femme de 32 ans, qui depuis longtemps était porteur d'un goître et l'avait traité par diverses préparations iodées.

L'examen clinique ne révéla en dehors de ce goître qu'un « catarrhe » des sommets, bilatéral, sans expectoration. Pas d'autres signes de tuberculose.

La malade, imbécile, ne peut donner aucun antécédent personnel ou familial.

L'ablation du goître fut très laborieuse, à cause de nombreux prolongements.

On a envoyé à l'Institut pour l'étude histologique, une partie du goître mesurant 8 1/2 - 5 1/2 - 4 cm. A la superficie on aperçoit presque partout une mince capsule de tissu conjonctif. D'un côté la surface est lisse, de l'autre elle est divisée en 2 noyaux, par un sillon profond.

L'un des noyaux est fibreux et sanguinolent en son centre.

partiellement enkysté, tandis que son tiers externe est d'une teinte gris brunâtre et moyennement transparent.

L'autre noyau, hémorragique en son centre, est limité par une bordure très transparente de couleur brun rosée.

A côté de ces noyaux, la coupe du goître montre un peu de tissu conjonctif normal assez transparent, dans lequel il y a quelques noyaux isolés de substance colloïde.

A l'examen microscopique, le premier noyau montre en son centre des masses sanguines entremêlées de fibres conjonctives réticulées. Tout autour, on trouve du tissu conjonctif pauvre en noyaux. A la périphérie du nodule, on voit du tissu thyroïdien formé de petites vésicules, la plupart vides, ou contenant de la substance colloïde faiblement colorée. Elles sont tapissées par une assise de cellules épithéliales cubiques.

Plus extérieurement encore, existe une capsule de tissu conjonctif, assez développée et entourée de tissu thyroïdien fortement comprimé.

Dans cette dernière partie, on trouve une tubercule assez important, caséifié en son centre avec des cellules de Langhans nombreuses.

L'autre noyau est constitué par des vésicules, les unes vides, les autres à contenu colloïde, de grosseur variable avec épithélium cubique assez haut, rarement aplati. La substance colloïde est souvent vacuolaire. Entre les vésicules il existe du tissu conjonctif souvent hyalin en plus ou moins grande abondance. Le noyau est entouré par une capsule mince de tissu conjonctif et par du tissu thyroïdien normal, très atrophié.

Dans ce tissu atrophié et dans le nodule lui-même, à 1 cm de profondeur, on trouve des tubercules miliaires assez abondants, partiellement caséifiés en leur centre et présentant un certain nombre de cellules géantes.

Il s'agit essentiellement de *formations interfolliculaires* qui par pression surtout, mais par influence toxique aussi, amènent la disparition des follicules thyroïdiens; il s'agit d'autre part, et notamment pour les tubercules situés dans le noyau, de *formations intrafolliculaires* ayant évolué suivant

ous les stades d'hypertrophie et de lésions de l'épithélium, jusqu'à la formation d'un tubercule typique.

Quant au lambeau thyroïdien dont l'aspect extérieur paraît normal, mais dans lequel on peut découvrir plusieurs nodules, il présente aussi soit dans ces nodules, soit dans le tissu thyroïdien lui-même, des tubercules particulièrement abondants et caséifiés. *La plupart sont interfolliculaires, un petit nombre seulement intrafolliculaires.*

Entre les lobules thyroïdiens offrant des lésions tuberculeuses, les cloisons sont un peu épaissies et parsemées d'un certain nombre de lymphocytes.

Il s'agit donc ici, d'une tuberculose assez étendue d'une thyroïde goîtreuse.

OBSERVATION XIX

E. Hedinger (loc. cit. Fall 6. Mikr. Buch Nr 645. 1909)

Résumé : Homme de 24 ans. Goître à accroissement rapide dans les dernières semaines avant l'opération. L'examen clinique montre au sommet du poumon droit quelques bruits de crécelle, sans retentissement. Pas d'autres symptômes de tuberculose.

On envoie plusieurs nodules à l'examen histologique où l'on note :

Atrophie des vésicules thyroïdiennes. *Tubercules interfolliculaires*

OBSERVATION XX

E. Hedinger (loc. cit Fall 8. Mikr. Buch Nr 319. 1911)

Résumé : Femme de 35 ans. Bonne santé habituelle, ne présente aucun symptôme de tuberculose. Goître sténosant.

On enlève le lobe gauche et l'isthme de la thyroïde.

L'étude histologique montre de nombreux tubercules miliaires.

OBSERVATION XXI

E. Hedinger (loc. cit. Fall 9, Mikr. Buch, Nr 320, 1911)

Fillette de 12 ans, 1 frère mort de tuberculose. Pas d'antécédents personnels de tuberculose. Pas de symptômes cliniques de tuberculose. Goître gênant. On résèque la plus grande partie du lobe droit.

L'examen histologique révèle des tubercules miliaires caséifiés, surtout interfolliculaires.

OBSERVATION XXII

Fraenkel (Über Schilddrüse und Tuberkulose. Virchows archiv. 1886. Bd. 104)

Résumé : Garçon de 5 ans, traité pendant longtemps par des chirurgiens pour une carie localisée en différents points des extrémités. Entre dans le service le 27 juillet 1885 avec une grande émaciation. On est frappé par l'existence d'une tumeur considérable située au niveau de la glande thyroïde. Celle-ci après dénudation s'est présentée comme une tumeur assez dure, de couleur blanc jaunâtre, refoulant loin en arrière le larynx, la trachée et dépassant à gauche la ligne médiane. Ce n'était autre chose que le lobe droit transformé. La moitié droite de l'isthme montrait les mêmes altérations. Tout le reste de la glande était normal. A la section du lobe droit on n'a pu rencontrer une seule parcelle de parenchyme normal; il était remplacé par des masses jaunâtres ou blanc grisâtre sans aucune organisation, sans foyer de ramollissement. Les ganglions lymphatiques du voisinage très hypertrophiés montraient une caséification diffuse.

Les ganglions du médiastin étaient hypertrophiés et caséifiés ainsi que ceux de la cavité abdominale. Fraenkel a noté en outre la présence d'un tubercule de la grosseur d'un noyau de cerise sur le péricarde du ventricule gauche et pénétrant dans le muscle cardiaque.

Il ajoute que l'examen histologique est venu confirmer le diagnostic de tuberculose, mais qu'il a été impossible de savoir quel a été le point de départ de cette tuberculose.

OBSERVATION XXIII

Grasset et Estor (Revue de Médecine, 1887)

Résumé. — C. célibataire 37 ans, garçon d'hôtel, entre le 8 octobre 1886 à l'hôpital de Montpellier.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Variole à 14 ans. Sciatique légère en 1877. Pas d'éthylisme. Pas de syphilis.

Thyroïdite aiguë en 1883, survenue sans autre cause apparente qu'un refroidissement. Chute sur le poignet droit en octobre 1885.

Le malade entre le 7 mai 1886 dans le service de M. le Professeur Lépine parce qu'il souffre dans son épaule droite depuis son accident et qu'il ne peut se servir de son bras droit.

On note un *petit goître* développé aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde. Il serait consécutif à la thyroïdite aiguë déjà signalée. Fin mai, *le goître augmente de volume et devient douloureux*. En 3 ou 4 jours l'augmentation de volume est assez grande pour entraîner de la gêne de la déglutition et de la dysphonie. La douleur devient très vive. Le malade a des frissons et une température de 40°. En somme on a tous les symptômes d'une thyroïdite aiguë semblable à celle de 1883 dont l'étiologie est si obscure. Guérison rapide à la suite d'un traitement par les vésicatoires et l'iode de potassium.

Le 14 août, sur sa demande, le malade sort de l'Hôtel-Dieu, mais entre le 31 août à l'hôpital d'Avignon, pour son membre supérieur droit dont les douleurs et l'impotence ont augmenté.

Le 8 octobre il revient à Montpellier dans son ancien service où il contracte une congestion pulmonaire qui se dissipe rapidement.

Les douleurs scapulaires sont très vives. Les 2 membres supérieurs présentent une atrophie considérable et sont absolument paralysés. Ils ont conservé une sensibilité normale. Les membres inférieurs n'ont rien d'anormal. Pas de troubles sensoriels, ni sphinctériens. Réaction des nerfs normale.

On signale un fait déjà observé pendant le séjour à Lyon :

la pression sur les 5 premières vertèbres cervicales est très douloureuse.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, on note une légère submatité au $\frac{1}{3}$ moyen du poumon droit avec respiration un peu soufflante et quelques râles muqueux à ce niveau.

Le diagnostic posé est celui de myélite cervicale consécutive au traumatisme du 10 octobre 1885. Le malade meurt le 14 novembre. On fait son autopsie le 16 novembre.

Les méninges sont parfaitement saines. La moëlle est complètement ramollie au niveau du renflement cervical. Une tumeur osseuse au niveau des 3^e et 4^e cervicales fait saillie de $\frac{1}{2}$ cm. à l'intérieur du canal rachidien, de chaque côté de la ligne médiane. Les facettes articulaires unissant ces vertèbres sont profondément altérées.

L'examen histologique ultérieur a montré que ces lésions étaient de nature tuberculeuse.

On observe en outre sur les parties latérales de ces mêmes vertèbres, à droite, une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, à gauche une autre masse de la grosseur d'un haricot. De cette dernière, part une série d'autres petites tumeurs qui vont rejoindre la partie supérieure du lobe gauche du corps thyroïde.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de ganglions envahis par le processus tuberculeux. Pas de bacilles de Koch.

On examine ensuite le *corps thyroïde*. Le lobe droit est à peu près normal. Le lobe gauche est deux fois plus développé, bosselé, dur, et présente sur les faces antérieure et supérieure une série de petites tumeurs de la grosseur d'une lentille et rattachées à la glande par un pédicule. Certaines de ces tumeurs placées en dehors de la thyroïde se dirigent vers la partie latérale gauche de la tumeur vertébrale.

L'examen microscopique a montré des lésions conformes à la description de la thyroïdite tuberculeuse de Cornil et Ranvier.

L'épithélium dans les parties qui sont peu compromises a proliféré et au lieu d'un seul rang de cellules, il en existe deux ou trois. Quand le processus est plus avancé, le follicule clos est complètement bourré d'éléments jeunes. Peu à peu la prolifération est telle que la capsule fibreuse éclate. Puis une

voisine éclate aussi et il se forme alors une vaste lacune absolument remplie d'éléments embryonnaires. Il arrive un moment où la partie fibreuse périphérique ne s'étend plus. On voit alors les cellules du milieu s'infiltrer de graisse, dégénérer et disparaître. Tandis que jusqu'alors elles s'étaient colorées sous l'influence du picro-carmin, elles présentent maintenant une teinte jaunâtre, et seules les cellules de la périphérie présentent une belle coloration. Parmi ces dernières on en trouve plusieurs présentant une forme polygonale qui rappelle l'épithélium normal. Dans les premiers temps le tissu fibreux cède, éclate, mais lorsque le nodule tuberculeux a commencé à dégénérer au centre, si l'on examine la partie périphérique, on voit que l'épaisseur du tissu lamineux est considérable. On a recherché par la méthode d'Ehrlich, le microbe de la tuberculose sur un grand nombre de coupes sans le rencontrer jamais.

Poumons : à droite, quelques rares noyaux tuberculeux : petites masses grises entourées d'une zone fibreuse peu épaisse, de la grosseur d'un noyau de cerise, s'énucleent facilement.

A gauche, quelques faibles adhérences pleurales et de très rares tubercules superficiels.

Ces lésions sont absolument insignifiantes et ne pouvaient fournir aucun signe à l'auscultation.

D. Groupe du type «Goître exophtalmique »

OBSERVATION XXIV

Gilbert et Castaigne. — (*Société de Biologie*, juin 1899)

Résumé.— Malade de 42 ans présente tous les signes d'un goître exophtalmique.

A l'autopsie, son corps thyroïde augmenté de volume, très ferme, pèse 140 gr.

Histologiquement, il présente des lésions de sclérose hypertrophique diffuse, sans altération très notable des grains thyroïdiens, qui semblent même augmentés de volume. Mais, dans les bandes de tissu scléreux, on a pu trouver par places

des follicules tuberculeux. L'inoculation du tissu thyroïdien à des cobayes a provoqué de la tuberculose expérimentale.

OBSERVATION XXV

Hedinger: (loc. cit. Fall 10. *Mikr-Buch* Nr 513. 1911)

Résumé.— Femme de 35 ans. Carie osseuse à 8 ans. Depuis deux ans, phénomènes de basedowisme. Le goître augmente de volume et devient gênant.

On note comme seul symptôme clinique de tuberculose, un «catarrhe sec» du sommet droit. On enlève le lobe droit de la thyroïde.

A l'étude microscopique on trouve des tubercules miliaires.

OBSERVATION XXVI

Hedinger: (Fall 7. *Mikr-Buch*. Nr 108. 1910)

Résumé.— Jeune fille de 19 ans. Souffre depuis longtemps d'un goître exophtalmique.

« Affection pulmonaire bilatérale atténuée ».

A l'examen histologique du goître, on trouve des tubercules, surtout interfolliculaires, très peu intrafolliculaires.

OBSERVATION XXVII

Ruppanner: (loc. cit. Fall 3)

S. M. 50 ans. Pas d'antécédents tuberculeux.

La mère est goitreuse.— Depuis l'âge de 12 ans la malade est, elle aussi, porteur d'un goître, lequel d'abord minuscule s'est développé surtout vers la fin de la puberté. A 23 ans incision d'un gros kyste thyroïdien.

Quelques années plus tard, le goître s'est accru de nouveau en même temps que d'autres phénomènes apparaissaient; battements de cœur, dyspnée, puis tremblement des doigts et exophtalmie. Une opération fut écartée en raison du mauvais état général. Tous les symptômes s'améliorèrent à la suite d'un séjour prolongé à la campagne. Mais ils réapparurent ces temps derniers et la malade revient à la clinique le 6

juin 1908. On constate de l'amaigrissement, une légère exophtalmie, un pouls à 84, une tumeur thyroïdienne dure du volume du poing, assez mobile, ne s'accompagnant ni de troubles de la voix, ni de compression trachéale.

On ne constate rien d'anormal à l'examen viscéral ; en particulier rien n'est à signaler du côté de l'appareil respiratoire.

Après anesthésie locale et injection de morphine, on excise le lobe droit, une partie du lobe gauche, et l'isthme de la thyroïde. Une partie du goître est rétrosternal.

Guérison rapide. Disparition des battements cardiaques et de la neurasthénie.

L'examen histologique montra des formations tuberculeuses avec cellules géantes peu nombreuses siégeant entre les vésicules, mais sans bacilles de Koch sur les coupes.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE THYROÏDIENNE

L'étude des observations précédentes nous montre que la tuberculose primitive folliculaire ou tout au moins cliniquement isolée se présente sous des aspects différents qui peuvent se ramener à quatre types essentiels.

1°— *Les cas de thyroïdite ligneuse.* — Nous ne possédons que trois observations véritablement nettes de tuberculose ligneuse thyroïdienne, celles de Bruns, de Ugo Camera et la nôtre.

Les malades qui ont pu antérieurement être porteurs d'un petit goître (obs. II) se présentent à nous avec une masse thyroïdienne dure, réalisant l'aspect de la *thyroïdite ligneuse* à consistance de bois décrite par RIEDEL et par TAILHEFER, des troubles de compression: dyspnée avec accès paroxystiques au moment des efforts, dysphonie, dysphagie, de l'amaigrissement pouvant aller jusqu'à la cachexie (obs. IV,) des ganglions (obs. I et II.)

Nous trouvons aussitôt une identité frappante avec le cancer thyroïdien, identité absolue dans l'observation de BRUNS (obs. II) dont la malade présentait en outre des symptômes ci-dessus décrits, *les douleurs irradiées à la nuque*, données comme symptomatique d'une tumeur maligne de la thyroïde.

2° — *Une deuxième forme est réalisée par l'abcès froid thyroïdien.* Nous la rencontrons dans les observations V (VON SCHILLER), VI (CORNER) VII (PUPOVAC) VIII (SCHWARTZ,) IX (LENORMANT,) X (IWANOFF) XI (ROLLESTON,)

Dans aucune de ces observations on ne signale un goître existant avant l'apparition de l'abcès. Il se développe ainsi *une collection* dont le rapport avec la thyroïde est donné par la présence d'iode dans le pus retiré par ponction (obs. V), et par les mouvements d'ascension de la tumeur, lesquels suivent ceux du larynx. La fluctuation permet d'affirmer la nature liquide de la masse. La pression n'est pas douloureuse. La peau reste normale, ou ne devient rouge que très tardivement, quand l'abcès est sur le point de se fistuliser. Quelquefois la collection peut donner des troubles de compression, et, si dans ce cas, comme le relate SCHWARTZ, la tumeur est tendue sans fluctuation évidente, on pose ici encore le diagnostic de tumeur maligne, que la ponction il est vrai écartera bien vite. Ces abcès thyroïdiens enfin, peuvent s'ouvrir dans les organes voisins. Tel fut le cas de la malade de Rolleston, chez laquelle un abcès tuberculeux de la thyroïde s'ouvrit dans l'œsophage.

3° — RUPPANNER est le premier à avoir bien décrit la forme de la tuberculose thyroïdienne qui simule à s'y méprendre, au point de vue clinique, le *goître ordinaire*. Souvent les malades sont originaires de régions goitrigènes (Suisse et Vallée du Rhin). Il y a dans leur famille des goitreux (obs. XIII, XIV) et

eux-mêmes sont depuis longtemps porteurs d'un goître. Comme un goître ordinaire, le goître tuberculeux peut donner lieu à des troubles de compression divers, (troubles de la voix, accès d'étouffement, dysphagie) (obs. XII.) Quelquefois aussi, ces goîtres qui étaient stationnaires subissent à un moment donné une rapide augmentation de volume, qui détermine le malade à consulter un chirurgien (obs. XII, XIV, XV, XIX.) De tous ces faits, à part peut-être cette particularité de l'accroissement assez brusque du goître à une certaine période de son évolution, sans aucun autre symptôme de dégénérescence maligne, nous devons conclure que la similitude est absolue avec un goître ordinaire.

C'est en somme l'examen histologique de la pièce examinée systématiquement qui décèle la véritable nature de la tumeur, en montrant des follicules tuberculeux ou des bacilles de Koch. La question est de savoir, s'il s'agit de goîtres ordinaires qui se sont tuberculisés secondairement, ou s'il s'agit dès l'origine d'une forme atténuée de tuberculose primitive folliculaire. Il semble certain d'après Hedinger, que si l'on cherchait méthodiquement en coupes sériees dans tous les goîtres enlevés chirurgicalement, on trouverait plus fréquemment encore de telles lésions. Elles sont toutefois très limitées sans tendance extensive et susceptibles de guérison spontanée. (RUPPANNER, ARND, HEDINGER.)

Cette tuberculose folliculaire s'accompagne-t-elle de manifestations d'insuffisance thyroïdienne ou d'hyperthyroïdisation ? Il semble que dans la plupart des cas

il n'y ait eu ni l'une ni l'autre de ces conséquences. Toutefois Clairmont signale chez sa malade un peu de myxœdème, et d'autre part, Ruppanner, Gilbert et Castaigne, Hedinger publient des observations de goître tuberculeux avec phénomènes de basedowisme. Ces derniers faits vont nous permettre d'établir une quatrième forme de tuberculose thyroïdienne.

4° — *Le goître tuberculeux avec basedowisme*. — Nous serons très brefs dans sa description, car les symptômes observés se ramènent à ceux du goître exophtalmique ordinaire, comme le signalent Gilbert et Castaigne (obs. XXIV), Hedinger (obs. XXV, XXVI) et Ruppanner (obs. XXVII). On constate en effet l'existence d'un goître ordinaire auquel s'ajoutent les phénomènes basedowiens classiques: exophtalmie, tachycardie, tremblement.

5° — Il peut exister semble-t-il une autre forme de tuberculose thyroïdienne. Ce serait la *thyroïdite aiguë* dont on a rapporté plusieurs observations. Mais comme dans aucun de ces cas, on n'a fait un examen anatomique ou bactériologique, nous ne pouvons savoir s'il s'agit de tuberculose folliculaire ou de tuberculose inflammatoire.

Comme exemple citons le cas de LEREBoullet qui vit une poussée de thyroïdite avec température chez un tuberculeux pulmonaire, coexistant avec une poussée nouvelle au sommet droit. La tuméfaction de la glande qui alla jusqu'à provoquer de l'oppression rétrocéda en même temps que la poussée pulmonaire.

GERBERT vit chez un tuberculeux de 17 ans, un corps thyroïde prendre en 8 jours le volume d'un œuf de poule.

Nous rapportons enfin le cas de GRASSET ET ESTOR (obs. XXIII) qui signale chez un malade, deux poussées aiguës de thyroïdite dont la dernière fut assez violente pour entraîner de la dysphonie et de la gêne de la déglutition, avec douleurs vives et température de 40°. Au cours des 3 années qui séparèrent ces deux poussées, le malade fut porteur d'un petit goître, qu'il n'avait jamais vu avant la première atteinte de sa glande, et que l'on retrouva après la guérison de sa seconde thyroïdite. L'étiologie de ces deux infections resta très obscure, jusqu'au jour où l'autopsie vint révéler des tubercules dans le corps thyroïde et rendit ainsi possible l'hypothèse d'une infection tuberculeuse aiguë, dont le point de départ aurait été les ganglions lymphatiques voisins, tributaires eux-mêmes d'une ostéite tuberculeuse des premières vertèbres cervicales.

Dans la plupart des faits de ces groupes divers, la localisation thyroïdienne *apparaît cliniquement primitive*. En est-il de même au point de vue anatomique et n'y a-t-il pas toujours coexistence de lésions tuberculeuses plus au moins latentes, que l'examen clinique pourrait ne pas déceler ? Pour cette discussion nous pouvons diviser nos observations en 2 groupes.

1° *Celles de malades dont l'autopsie a été faite* (obs. III, XXII, XXIII, XXIV.) On a toujours trouvé des lésions tuberculeuses concomitantes, lésions pulmonaires très discrètes dans l'une des observations de FRAENKEL (obs. III), caséification des ganglions médiastinaux et abdominaux dans l'autre (obs. XXII) lésions minimes

des sommets, mais ostéite cervicale, dans l'observation de GRASSET ET ESTOR (obs. XXIII).

Cependant, il est difficile malgré tout, d'établir lesquelles, parmi ces lésions thyroïdiennes et autres, ont été les premières. Toutefois, l'opinion de la plupart des auteurs, et nous ne faisons aucune difficulté pour l'admettre, est que généralement il doit s'agir de localisations secondaires. L'inspection de la thyroïde se produit le plus souvent dans ces cas, par la voie circulatoire. VIRCHOW, DEMME, GRASSET et ESTOR et d'autres auteurs ont observé une propagation de voisinage, en particulier des ganglions cervicaux tuberculeux, à la thyroïde.

2° *Cas sans autopsie.* Dans de nombreuses observations on signale des lésions bacillaires surajoutées.

RUPPANNER (obs. XIII) note de la submatité du sommet droit sans bruits adventices, HEDINGER (obs. XVIII) un « catarrhe des sommets » sans expectoration, (obs. XIX) « quelques bruits de crécelle au sommet droit sans retentissement. » PUPOVAC (obs. VII) remarque de la submatité du sommet gauche, LENORMANT (obs. IX) un abcès froid de la région trochantérienne droite, HEDINGER, signale encore dans l'obs. XXVI une « affection pulmonaire atténuée »; nous même enfin, avons noté chez notre malade, une expiration soufflante sans râles aux deux sommets, avec obscurité à ce niveau à l'examen radioscopique qui décelait en outre, la présence de quelques ganglions médiastinaux.

Mais nous avons englobé tous ces cas sous le terme de primitif en voulant dire que la tuberculose thyroïdienne présentait une individualité clinique

manifeste, alors que les autres symptômes étaient au second plan.

Dans d'autres cas, la localisation a semblé vraiment primitive. Chez la malade de BRUNS (obs. II) on ne put déceler aucune lésion pulmonaire ; les 3 observations de ARND (obs. XIV, XV, XVI) sont aussi absolument négatives. Il en est de même des obs. XVII, XX, XXI de HEDINGER, de l'obs. VIII de SCHWARTZ de l'obs. XXVII de RUPPANNER. Le malade d'IWANOFF (obs. X) présenta bien une ostéite iliaque gauche, mais cela huit mois après l'opération, au moment de laquelle l'état général était excellent.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET HISTOGÉNÈSE DE LA TUBERCULOSE THYROIDIENNE.

L'anatomie pathologique de la tuberculose thyroïdienne ne diffère pas en général des formations tuberculeuses des autres organes. On y retrouve macroscopiquement, soit des foyers caséeux, soit des abcès froids, soit encore de petites granulations, au sein d'une glande augmentée de volume. Quelquefois même, la glande présente simplement un aspect macroscopique adénomateux, sans formation tuberculeuse apparente; seul l'examen histologique est capable d'en révéler la nature bacillaire.

On constate au microscope :

1° Une infiltration *du tissu interstitiel* par de nombreuses petites cellules inflammatoires.

2° Des modifications *des vésicules colloïdes* qui en certains points sont en voie de disparition, perdues et isolées au milieu des nappes des éléments inflammatoires et présentant encore dans leur lumière, une goutte de substance colloïde. Par ailleurs au contraire, l'aspect devient adénomateux, les vésicules se multiplient, sont de forme irrégulière. On a signalé la prolifération de l'épithélium qui peut arriver à envahir complètement la lumière de la vésicule, et,

suivant une théorie que nous envisagerons ultérieurement, donner alors naissance au follicule tuberculeux.

3°—*Des altérations vasculaires.* RUPPANNER (obs. VI) a pu constater des lésions d'endophlébite étendue et d'endarterite bénigne. Il n'a pas retrouvé dans la paroi des veines enflammées de formation tuberculeuse et il attribue à ces lésions la valeur de manifestations secondaires et non primitives de tuberculose thyroïdienne.

4°—*Des follicules tuberculeux.* On trouve à l'examen microscopique des nodules tuberculeux avec cellules épithélioïdes, cellules géantes, et parfois même des îlots caséux. Toutefois, d'après les observations que nous rapportons, la caséification est rare et assez nombreux sont les cas, où on ne signale que quelques cellules géantes. Elles étaient particulièrement nombreuses dans le nôtre, comme dans un de ceux de RUPPANNER (obs. VI).

La question s'est posée de l'origine interstitielle ou intra-folliculaire du nodule tuberculeux.

a) *Origine intra-folliculaire.* CORNIL et RANVIER les premiers entreprirent des recherches à ce sujet. Ils constatèrent que dans la tuberculose miliaire de la thyroïde, les épithéliums folliculaires proliféraient à l'intérieur de la cavité qu'ils finissaient par remplir complètement. C'est aux dépens de ces alvéoles comblés par l'épithélium folliculaire, que le tubercule se serait ultérieurement développé.

BAUMGARTEN examinant au microscope le goître excisé par BRÜNS a pu également se convaincre de la prolifération de l'épithélium folliculaire et de la transformation ultérieure de ce tissu en tubercules.

RUPPANNER (obs. XIII) a observé nettement que l'épithélium folliculaire proliférait en même temps que la colloïde régressait, et que c'était aux dépens de cet épithélium, que se développaient les cellules épithélioïdes et les cellules géantes.

Il admet que la substance colloïde altérée et brisée constitue une sorte de corps étranger qui provoquerait la formation des cellules géantes, lesquelles joueraient le rôle de phagocytes.

RUPPANNER ajoute, que sur un goître traité par des injections d'iode, il a vu les vésicules thyroïdiennes remplies de cellules géantes qui entouraient concentriquement le contenu colloïdal. Il croit que sous l'influence de certaines substances, la colloïde peut être modifiée morphologiquement, de manière à agir comme corps étranger et à provoquer la formation de cellules géantes.

FARNER avait émis une opinion analogue.

b) *Les follicules sont interstitiels.* Mais dans la plupart des observations, il semble bien que la formation folliculaire soit interstitielle. Le premier *Chiari* montra leur existence à ce niveau en constatant en outre que nulle part l'épithélium vésiculaire ne proliférait, mais qu'il présentait au contraire des phénomènes de régression au voisinage des formations tuberculeuses.

FRANKEL, après observation personnelle, se range à cet avis.

RUPPANNER (obs. XII et XXVII) remarque que les formations folliculaires siègent à peu près uniquement dans le tissu interstitiel,

ROGER et GARNIER à la suite de leurs injections expé-

rimentales constatèrent que les éléments du tubercule naissaient des cellules migratrices, principalement au voisinage des vaisseaux. Quant aux épithéliums vésiculaires, ils disparaissent ou s'atrophient fréquemment. En d'autres points, ils peuvent proliférer et remplir la lumière alors que la colloïde disparaît, mais ces deux auteurs n'ont pu voir des éléments tuberculeux naître aux dépens de cet épithélium multiplié.

TOMELLINI, dans ses expériences, est arrivé à des résultats semblables, comme on pourra s'en rendre compte en se rapportant à notre chapitre de pathogénie.

Quant à notre observation, elle paraît confirmer l'opinion de la naissance interstitielle des follicules tuberculeux.

5°— *Les bacilles.* — D'une manière générale, les bacilles se rencontrent assez rarement, ou tout au moins en assez petit nombre, dans cette tuberculose folliculaire thyroïdienne.

RUPPANNER n'en constate que dans l'obs. XIII, ces bacilles étant peu nombreux et localisés surtout dans les cellules géantes; dans les deux autres cas, il n'en a trouvé aucun.

FRAENKEL constate la pauvreté en bacilles, des nodules tuberculeux thyroïdiens.

BAUMGARTEN n'a pu en découvrir dans l'examen qu'il fit à ce sujet du goître tuberculeux opéré par BRUNS.

PETERSEN, AST et d'autres auteurs obtiennent également des résultats négatifs.

ROGER et GARNIER ont cependant rencontré d'assez nombreux bacilles, mais dans un cas de tuberculose

généralisée qui fut rapidement fatale. Ils se localisaient alors, non seulement dans les masses caséuses thyroïdiennes, mais loin des nodules tuberculeux, en plein tissu interstitiel.

HEDINGER dit aussi avoir recherché des bacilles par la méthode de « l'antiformine », n'en avoir trouvé qu'une fois sur les 3 cas de RUPPANNER publiés ici (obs. XIII, quelques bacilles ; obs. XII et XXVII : pas de bacilles), mais il affirmait au contraire les avoir mis en évidence dans les 6 autres observations que nous rapportons sous son nom (obs. XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, V).

Une seule fois, dans l'obs. XXIII (correspondant au cas 10 du mémoire d'HEDINGER), l'auteur n'a pu les déceler.

Ces faits ne sont pas signalés dans nos observations d'HEDINGER, parce que lui-même ne les rapporte pas dans leur texte, mais seulement dans la discussion qui suit (page 137 du livre jubilaire de KOCHER).

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

La tuberculose thyroïdienne, si l'on met à part la tuberculose miliaire au cours de la granulie, est extrêmement rare, puisque Arnd n'en retient que 44 cas comme indiscutables. Pour expliquer une telle rareté, on a admis une résistance particulière de la glande thyroïde à l'infection tuberculeuse.

HAMBURGER ayant remarqué que les goitreux devenaient rarement phtisiques, admettait une sorte d'immunisation contre la tuberculose, par le goître. Nous verrons tout à l'heure quelle explication il est possible de donner de cette rareté de la tuberculose pulmonaire, chez les goitreux.

MORIN et CASSAN rapportent l'histoire de familles dont tous les membres non goitreux étaient morts phtisiques, tandis que ceux dont le corps thyroïde était adénomateux demeuraient indemnes.

BETZ estime également que le goître confère une sorte d'immunité contre la tuberculose et il n'opère jamais un goître, quand il a des raisons de craindre une localisation tuberculeuse chez le malade.

Enfin, tous les observateurs ont établi depuis longtemps que le crétinisme et le myxœdème, s'accompagnaient fréquemment de tuberculose.

Pour éclaircir cette question de la résistance par-

ticulière du tissu thyroïdien à l'infection tuberculeuse, de nombreuses expériences ont été entreprises.

PINOY ayant pratiqué chez le cobaye des injections sous-cutanées de bacilles tuberculeux, n'a obtenu qu'une seule fois la production de tuberculose dans le corps thyroïde. Il conclut que le corps thyroïde résiste à l'invasion des bacilles en réagissant par la sclérose et peut-être aussi en raison de sa teneur en iode.

TORRI expérimente chez le chien. Il injecte par l'artère thyroïdienne de 1/10 à 1/2 cm^3 d'émulsion de bacilles en s'assurant au moyen d'une ligature de l'absorption de toute la masse par la thyroïde. Les résultats ont été constamment positifs. Il a trouvé régulièrement, une tuberculose étendue, arrivant à la caséification d'une moitié de la glande, correspondant au territoire de l'artère injectée, tandis que dans l'autre moitié il a trouvé simplement de l'hyperplasie des épithéliums et une sécrétion abondante de la colloïde. Une seule fois, il rencontra des tubercules de l'autre côté, mais jamais dans la substance colloïde. Malgré ces résultats positifs, TORRI conclut que la thyroïde résiste à l'infection bacillaire, et cela par l'action destructive, que la substance colloïde exerce vis-à-vis des bacilles. En effet, dit-il, étant donnée l'énorme dose de bacilles injectés, l'inoculation thyroïdienne devait fatalement se produire, quelle que fût la résistance du tissu; mais il faut remarquer, que les bacilles qui se trouvent dans la substance colloïde sont peu nombreux et présentent des signes de dégénérescence. Ils sont granuleux et se colorent mal.

Cette action destructive de la colloïde n'existe pas pour d'autres bacilles, en particulier pour celui du charbon.

TOMELLINI répète ces expériences, obtient les mêmes résultats, mais conclut, plus logiquement semble-t-il, que le tissu thyroïdien ne présente aucune immunité vis-à-vis de l'infection tuberculeuse.

ROGER ET GARNIER injectèrent une culture de bacilles tuberculeux dans la carotide de 3 lapins et de 3 cobayes. Les cobayes présentèrent bien dans le tissu thyroïdien des altérations profondes et diffuses, mais pas de formation typique de follicules. Au contraire chez le lapin, apparurent des nodules tuberculeux dont les auteurs ont étudié la genèse.

SHIMODAIRA, tout récemment, a entrepris de nouvelles recherches à ce sujet. Il a pratiqué comparative-ment des injections d'émulsion bacillaire de concentration variée dans le corps thyroïde d'une part et dans la rate, le rein et le testicule d'autre part, ces 3 derniers organes étant pris comme témoins. Avec des doses élevées, il a obtenu des résultats constamment positifs pour tous les organes.

Avec des doses plus faibles, quatre thyroïdes seulement sont atteintes sur les 7 animaux en expérience, mais les autres organes injectés sont tous tuberculisés.

Avec des doses plus minimales encore, le corps thyroïde seul reste indemne, alors que les autres organes réagissent toujours par la formation de tubercules.

De cette longue série d'expériences, l'auteur conclut que, chez le lapin tout au moins, le corps thyroïde est plus difficile à tuberculiser que le testicule, la rate ou le rein.

Il semble donc d'après ces faits, étant donnée la rareté relative des observations de tuberculose thyroïdienne, que le corps thyroïde constitue peut-être un terrain assez peu favorable au développement du bacille.

Quant à la question de l'antagonisme entre la tuberculose pulmonaire et la présence d'un goître, son existence, si cette existence est réelle comme les observations semblent en faire foi, paraît dépendre non d'une réaction humorale, mais bien plutôt de l'hypertension cardiaque fréquente chez les goitreux, en raison des troubles respiratoires et de la gêne à la circulation pulmonaire qui résulte de l'existence d'un obstacle des voies aériennes.

C'est au surplus par ce mécanisme que M. le Professeur TRIPIER, ayant constaté lui-même la rareté de la tuberculose pulmonaire en activité chez les goitreux, explique cet antagonisme d'évolution qui n'est pas un antagonisme pathogénique.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Sur les vingt-sept observations que nous rapportons le diagnostic n'a été fait qu'une fois (Obs. V).

Effectivement, l'étude des formes cliniques de la tuberculose thyroïdienne nous a montré combien était grande leur similitude avec des affections beaucoup plus fréquentes de la thyroïde, la thyroïdite ligneuse tuberculeuse revêtant l'allure d'une tumeur maligne, l'abcès froid tuberculeux celle d'un kyste ordinaire, la forme la plus fréquente enfin empruntant tous ses symptômes au goître banal ou au goître exophtalmique.

Quand il s'agira d'un malade porteur de lésions bacillaires manifestes au niveau d'un autre organe, nous pourrons émettre l'hypothèse d'une tuberculose localisée au corps thyroïde, hypothèse qui pourra devenir une certitude dans le cas d'une collection liquide, par la ponction et la recherche du bacille de Koch. Mais nous avons vu que, dans nombre de cas, le sujet ne présentait que des lésions cliniques minimales et même très discutables à l'un de ses sommets, que dans un certain nombre d'observations enfin, on ne trouvait aucun signe de tuberculose, en aucun point de l'organisme.

Nous allons essayer pourtant de décrire les quel-

ques symptômes particuliers qui semblent ressortir de l'étude des observations publiées, et nous établirons séparément le diagnostic des types cliniques que nous avons décrits.

1^o De la forme ligneuse.— *a) Avec le cancer.*—

Nous ne possédons que trois cas vraiment probants de thyroïdite ligneuse tuberculeuse, celui de BRUNS, celui de UGO CAMERA et le nôtre. Nous pouvons ajouter, mais avec réserve, l'observation III de FRAENKEL. Dans nos trois observations types, l'âge des malades, 41, 46 et 51 ans, l'accroissement rapide d'un goître ancien (Obs. II), l'indolence locale et la dureté de la masse, les phénomènes de compression (Obs. I, II, IV), les douleurs irradiées (Obs. II), les ganglions de voisinage (Obs. I et II), nous donnent tous les symptômes d'un cancer thyroïdien. Un seul phénomène échappe évidemment à une description commune des deux affections : c'est la généralisation d'une tumeur maligne. Mais on conçoit qu'il serait fort imprudent et dangereux de l'attendre, pour poser un diagnostic et une indication opératoire.

Nous voyons combien est difficile, sinon impossible le diagnostic de thyroïdite ligneuse tuberculeuse et de cancer thyroïdien. Si les symptômes décrits apparaissaient chez un sujet jeune, c'est dans ce cas seulement qu'on pourrait tenter un diagnostic différentiel, basé uniquement sur l'âge du malade et l'amaigrissement moins rapide dans le cas de tuberculose que dans celui de tumeur maligne. UGO CAMERA nous rapporte pourtant que son opérée était dans un état de cachexie avancée. D'autres affections, mais beau-

coup moins fréquentes que le cancer simulent encore la thyroïdite ligneuse tuberculeuse, nous voulons parler de l'actinomyose, de la syphilis et des infections banales de la thyroïde.

b) Avec la syphilis. — Ici encore, nous pouvons trouver une identité absolue avec le cancer ligneux et la tuberculose ligneuse du corps thyroïde. Evolution rapide à une époque donnée, troubles divers de compression : toux, déformation de la trachée, voix éteinte par paralysie des cordes, amaigrissement, masse thyroïdienne excessivement dure, tels sont les symptômes d'une syphilis thyroïdienne ligneuse, symptômes observés par BÉRARD chez un de ses malades.

Mais ici, pas d'adénopathie, amélioration manifeste par le traitement mercuriel et surtout l'aveu d'antécédents spécifiques, l'existence de lésions concomitantes ou d'une réaction de Wassermann positive.

Cette difficulté de diagnostic, réelle au point de vue clinique persiste encore, la pièce étant enlevée, car l'examen microscopique révèle dans l'un et l'autre cas la transformation scléreuse du tissu thyroïdien, et d'autre part l'étude histologique décèle dans la syphilis également des tubercules tout à fait caractéristiques (cas PONCET et LERICHE avec examen histologique de FAVRE. *Gazette des Hôpitaux* juin 1912).

Dans la syphilis on peut rencontrer aussi des gomme bien caractérisées. La recherche du spirochète ou du bacille de Koch sur les coupes, l'inoculation au cobaye seront des signes de certitude, mais ces recherches de laboratoire sont parfois négatives.

BRUNS, malgré des recherches attentives n'a pu dé-

celer des bacilles de Koch dans sa thyroïdite ligneuse (obs. II) ; HEDINGER ayant étudié les pièces adressées à lui par RUPPANNER, n'a pu reconnaître qu'une fois le bacille tuberculeux sur les 3 cas observés (obs. VI) mais en revanche il l'a trouvé 6 fois sur 7, dans ses observations personnelles (obs. XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, V, positives, obs. XXIII négative). Nous-même (obs. I), nous n'avons pu le mettre en évidence dans nos recherches, effectuées il est vrai dans de mauvaises conditions. Nous ne pouvons rapporter des faits plus nombreux, car aucun des autres auteurs à part VON SCHILLER et UGO CÁMERA, n'a fait d'examen microscopique.

Aussi est-il possible, étant donnée la non spécificité de la nature tuberculeuse de la cellule géante, qu'un certain nombre de cas aient été intitulés tuberculeux en raison de l'aspect histologique, et qu'ils ressortissent en réalité à la syphilis.

Dans notre observation, le diagnostic nous a paru particulièrement délicat ; l'inoculation n'a pu être faite et la recherche des bacilles de Koch a été négative. Toutefois, il ne nous semble pas douteux qu'il s'agisse là d'un cas de tuberculose et non de syphilis, cette conclusion étant établie, non pas uniquement d'après l'examen histologique, mais en raison d'un ensemble de signes qui tous concordent vers la démonstration de la nature tuberculeuse de l'affection.

En effet, la malade, dans ses antécédents ne présentait rien qui puisse faire soupçonner la syphilis. Cliniquement l'examen révélait des lésions discrètes des sommets. Le séro-diagnostic tuberculeux était

positif et la réaction de Wassermann, négative. L'absence de gomme à l'examen anatomique, la présence du ganglion sous-maxillaire, tout cela constitue un faisceau de preuves qui se donnent un mutuel appui.

c) Avec la thyroïdite cancéroforme et la strumite ligneuse dues à une infection non spécifique. — C'est encore ici le tableau clinique d'un goitre qui devient extrêmement dur, adhérent aux plans profonds et à la peau, formant ainsi une masse diffuse fixée sur la trachée, l'œsophage, le paquet vasculo-nerveux, provoquant des accidents de compression divers : dysphonie, dyspnée, dysphagie, mais ne donnant, dit BÉRARD ni douleurs irradiées, ni adénite de voisinage.

Une observation de J. COURMONT et CHALIER nous montre combien le diagnostic peut être hésitant entre une strumite ligneuse non spécifique et une thyroïdite ligneuse tuberculeuse.

« La malade âgée de soixante ans, présentait un goitre depuis 40 ans ; la phase terminale de compression dura trois ans et un des lobes fut le siège d'une suppuration torpide durant deux ans, sans qu'on pût colorer de microbes dans le liquide grumeleux qui s'écoulait de la fistule cervicale. La compression en bloc, puis l'englobement progressif de tous les organes du cou et du médiastin avaient déterminé de l'œdème en pélerine et l'apparition, sur la paroi thoracique antérieure, d'un réseau extrêmement dense et sinueux, de veines sous-cutanées. Les symptômes fonctionnels s'étaient bornés pendant longtemps à des crises de suffocation et à de la dyspnée d'effort devenues beaucoup plus rapprochées et beaucoup plus graves pendant les derniers mois.

Après une dissection laborieuse, à l'autopsie, de la peau du cou, adhérente aux plans profonds tout autour de la fistule, il fut impossible de reconnaître d'abord aucun des organes cervicaux. Tous semblaient avoir été coulés dans un bloc fibreux blanc nacré.

La suppuration torpide de cette strumite, la constatation de lésions bacillaires, cicatricielles et crétacées aux deux sommets des poumons, avaient fait songer à la tuberculose de la thyroïde. Cette hypothèse ne fut confirmée ni par l'inoculation du pus, ni par l'examen des lésions, qui ne révélèrent ni bacilles de Koch, ni formations cellulaires caractéristiques.

Cette observation nous montre donc que seuls, les examens de laboratoire peuvent dans certains cas, trancher le diagnostic entre une thyroïdite ou une strumite ligneuse dues à des infections banales, et une thyroïdite ligneuse tuberculeuse.

Comment donc poser un diagnostic avant l'intervention et par suite avant toute recherche de laboratoire, quand on ne peut déceler cliniquement des lésions tuberculeuses certaines, localisées en un point de l'organisme différent de la thyroïde.

L'absence des ganglions et des douleurs irradiées dans la thyroïdite ligneuse banale, peut-elle être un signe différentiel suffisant ? Il faudrait que cette absence soit certaine, à côté de la présence constante de ces phénomènes dans la thyroïdite tuberculeuse.

Le trop petit nombre d'observations connues encore, nous empêche d'affirmer une pareille opinion.

d) Avec l'actinomycose. — L'actinomycose en effet,

au début de son évolution tout au moins, peut dans certains cas simuler la thyroïdite ligneuse tuberculeuse. Voyons une observation de BÉRARD. Il s'agit d'un jeune officier de cavalerie qui, deux mois après des manœuvres au cours desquelles il avait mâché des épis de blé frais, présenta un plastron cutané induré avec une grosse augmentation de volume de la thyroïde, de la gêne de la déglutition, un peu de dyspnée, des douleurs péritrachéales profondes avec des irradiations à distance. On discuta le diagnostic de thyroïdite ligneuse. Mais l'évolution devait l'écarter bientôt : des collections en effet se formèrent, furent ouvertes, et par de nombreuses fistules des grains jaunes caractéristiques furent évacués.

2° De l'abcès froid thyroïdien.—*a) Avec les kystes thyroïdiens.* — L'étude des observations que nous avons publiées nous montre que l'abcès thyroïdien peut emprunter son allure clinique à deux affections thyroïdiennes absolument dissemblables.

Schwartz (obs. VIII), nous décrit une tumeur non fluctuante, ayant provoqué des accidents de compression, et dont la nature liquide ne put être affirmée que par la ponction. Il est évident que la ponction seule peut trancher le diagnostic entre une tumeur solide et une tumeur liquide, quand la masse est pseudo-fluctuante ou n'est pas fluctuante. Avant la ponction, le diagnostic à discuter est celui d'une tumeur solide tel que nous l'avons envisagé au début de ce chapitre. Dès la ponction faite nous arrivons au dia-

gnostic que nous allons étudier maintenant, celui d'une collection thyroïdienne fluctuante.

La participation de la tumeur aux mouvements d'ascension du larynx, la présence d'iode dans le pus disent les auteurs allemands (obs. V), montrent son origine thyroïdienne. On élimine ainsi dans les régions cervicale antérieure et latérale toutes les collections qui ne sont pas en rapport avec la glande; les kystes thyro-hyoïdiens ou pré-laryngés, les lipomes et les kystes dermoïdes congénitaux du cou, les branchiomes bénins ou malins, les adénopathies cervicales suppurées etc.

Le diagnostic devient bien plus difficile quand il faut préciser la nature de cette collection. Von Schiller seul sur les 9 observations que nous rapportons, a pu poser le diagnostic d'abcès tuberculeux.

L'évolution torpide, sans douleurs, sans modification de la peau, jusqu'à une période tardive voisine de la fistulisation, fait évidemment penser à un kyste thyroïdien puisque c'est la tumeur fluctuante de beaucoup la plus fréquente au niveau de la thyroïde. Si le malade n'est porteur d'aucune lésion tuberculeuse apparente, au niveau d'un autre organe on ne pense pas à la tuberculose et seule la ponction permettra le diagnostic d'abcès. La recherche du bacille, l'inoculation au cobaye affirmeront ensuite la nature tuberculeuse du pus évacué.

On pourrait émettre aussi l'hypothèse d'un kyste hydatique, lequel ne présente aucun caractère qui puisse le faire différencier d'un kyste ordinaire. Le frémissement hydatique n'a jamais été noté, et seule-

la ponction fournira ici encore la clé du diagnostic.

b) *Avec l'actinomycose.* L'actinomycose est aussi l'origine de collections thyroïdiennes, mais la collection est précédée d'un gonflement diffus du cou comme le rapporte Koehler, et surtout donne naissance ultérieurement à de nombreuses fistules par où s'évacuent les grains jaunes pathognomoniques.

3° De la forme goitreuse simple tuberculeuse.—

Quant au diagnostic de la nature tuberculeuse d'une tumeur affectant le type d'un goître ordinaire, ou d'un goître exophtalmique on conçoit aisément que sa difficulté soit extrême. Si le malade était porteur de lésions bacillaires évidentes, ici encore comme dans les cas d'abcès et de strumite ligneuse on pourrait émettre l'hypothèse de l'origine tuberculeuse du goître, folliculaire ou non. Mais très fréquemment le sujet ne présente aucune affection en dehors de sa thyroïde. Comment donc poser un diagnostic de tuberculose sur une masse thyroïdienne si parfaitement semblable à un goître ordinaire.

Nous relevons dans l'ensemble de nos observations un seul symptôme, un peu particulier à l'évolution du goître tuberculeux, c'est la rapidité d'extension de la tumeur dans les derniers mois qui précèdent l'intervention.

L'erreur était faite toujours, avant que l'attention du chirurgien ne fût attirée par les recherches récentes, sur la localisation thyroïdienne de la tuberculose, mais aujourd'hui que ces lésions sont mieux étudiées

et reconnues plus fréquentes, le diagnostic en présence d'un goitre, restera celui du goitre banal et seuls les examens de laboratoire pourront révéler sa nature tuberculeuse.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC.

Le pronostic dépend de la forme clinique de la tuberculose thyroïdienne, bénin dans les types de goitre simple et de goitre exophtalmique, plus grave au contraire dans la forme d'abcès froids et de thyroïdite ligneuse.

Nous publions quatre cas de *thyroïdite ligneuse*, trois malades sont morts. Nous avons vu que la nôtre (obs. I) était morte subitement, après avoir présenté quelques troubles respiratoires. Mais la malade, étant chez elle, n'a pas été suivie régulièrement et les renseignements que nous avons pu obtenir sont trop peu précis pour que nous puissions émettre une hypothèse sur la cause de cette mort.

La malade de BRUNS a guéri (obs. II). Celle de FRAENKEL (obs. III) est morte d'une médiastinite suppurée. Quant à celle de CAMERA, le mauvais état du cœur et le chloroforme semblent devoir être responsables de l'issue fatale de l'intervention (obs. IV).

Nous devons ajouter, que dans ces cas de thyroïdite ligneuse tuberculeuse, le diagnostic n'ayant jamais été fait, le chirurgien s'est comporté toujours comme si la masse thyroïdienne était une tumeur maligne. L'opération en devient beaucoup plus longue et plus grave. Il suffirait en effet, si le diagnostic de tuberculose était

sûr, d'inciser l'isthme et de libérer quelques adhérences péritrachéales pour faire disparaître les accidents de suffocation qui ont toujours été les accidents de compression les plus sérieux. Cette intervention serait courte, ne causerait pas de grands désordres locaux et, selon toute vraisemblance, les suites seraient d'un heureux pronostic.

La mortalité demeure élevée dans le groupe des abcès. Sur six cas, nous avons deux morts. Dans l'observation de CORNER (obs. VI), la plaie ne se cicatrise pas et l'enfant meurt de granulie sept mois après l'intervention. Le malade d'IWANOFF (obs. X) sort de l'hôpital parfaitement guéri, sans rien d'anormal au niveau d'aucun organe. Au bout de dix mois, il revient porteur d'une ostéite iliaque gauche avec abcès, et d'une arthrite du genou gauche. On incise la collection, et le malade meurt en quinze jours de septicémie. Ne semble-t-il pas naturel, d'accuser l'abcès thyroïdien d'être le point de départ des accidents tardifs ?

LENORMANT (obs. IX) revit son malade 2 mois $\frac{1}{2}$ après son opération, avec des signes de tuberculose au début, mais au moment de l'intervention, le malade avait un abcès froid dans sa région trochantérienne.

Le pronostic de la forme *goîtreuse simple* est en revanche très bénin. Nous signalons un seul cas de mort; or il s'agissait d'un enfant de cinq ans, porteur depuis longtemps de caries osseuses multiples des extrémités (obs. XXII), tandis qu'aucune suite fâcheuse n'est notée dans les dix autres observations du même groupe.

Quant au type clinique: goître exophtalmique, son pronostic paraîtrait grave si nous nous rapportions à la simple proportion de la mortalité: deux décès sur quatre cas. Mais c'est à un mal de Pott depuis longtemps existant, et non à la thyroïdite que doit être imputée la mort de la malade de Grasset (obs. XXIII).

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous serons très bref au sujet du traitement, car il ne comporte aucune indication particulière.

La thyroïdite ligneuse tuberculeuse devrait être traitée comme une strumite cancéroforme ordinaire, par une simple section de l'isthme, suivie d'un dégagement suffisant de la trachée, et d'un tamponnement, sans résection de la tumeur. Mais la grande difficulté du diagnostic entre la thyroïdite ligneuse tuberculeuse et le cancer thyroïdien amène nécessairement le chirurgien à considérer la tumeur comme une dégénérescence maligne, et le laboratoire apporte beaucoup trop tard la preuve de l'erreur.

Le traitement d'un abcès, dont la ponction démontre l'origine tuberculeuse, est fort simple. On incise, on enlève les parties voisines malades et on draine.

Quant au goitre simple et au goitre exophtalmique, leur traitement sera celui des mêmes affections non tuberculeuses: l'énucléation.

CONCLUSIONS

I.— La tuberculose thyroïdienne folliculaire est une affection rare si l'on excepte les cas de tuberculisation secondaire au cours d'une granulie.

II. — Elle se présente comme une manifestation primitive de la tuberculose sur l'organisme, ou tout au moins avec une individualité clinique qui la met au premier plan.

III.— Ses diverses modalités se ramènent aux types suivants:

a). *La thyroïdite ligneuse tuberculeuse*, pouvant être confondue avec le cancer, la syphilis et les lésions inflammatoires de la thyroïde. Le diagnostic n'a jamais été fait cliniquement: seules les recherches de laboratoire font connaître tardivement la véritable cause de la tumeur.

b). *L'abcès froid*, que la ponction différencie des kystes et des suppurations non spécifiques de la glande.

c). *Les goîtres simples ou exophtalmiques*, d'aspect clinique banal.

IV. — L'origine tuberculeuse commune de ces affections d'aspect si différent, est prouvée par la présence de follicules et de cellules géantes, de bacilles sur

les coupes, par l'inoculation. Ces deux derniers procédés ont une plus grande valeur que l'examen anatomique lui-même, puisque la syphilis en particulier peut donner des aspects histologiques semblables.

V. — Les formations folliculaires se développent aux dépens du tissu interstitiel dans quelques cas plus rares, on a pu assister à leur développement aux dépens des cellules thyroïdiennes elles-mêmes.

VI. — Les expériences entreprises pour élucider la pathogénie, et en particulier pour savoir si la rareté de la tuberculose thyroïdienne tient à un antagonisme entre la glande thyroïde et le bacille de Koch, montrent que le tissu thyroïdien ne s'oppose pas au développement du bacille tuberculeux. D'autres organes paraissent toutefois offrir un terrain plus favorable.

VII. — Le pronostic est variable suivant les formes cliniques.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. COURMONT

Vu :

LE DOYEN
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 janvier 1913.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

(TUBERCULOSE THYROÏDIENNE EN GÉNÉRAL)

- ALAMARTINE, Le goître exophtalmique et son traitement chirurgical. (*Thèse. Lyon. 1910*).
- AST, Über einen Fall von Tuberkulose der Schilddrüse. (*Dissertation. Erlangen 1906*).
- ARND, Beiträge zur Klinik der Schilddrüsen tuberkulose. (*Deutsche Zeitsch. für Chir. Festsch Th. Kocher 1912*)
- APELT, Fall von Basedowscher Krankheit im Anschluss an nicht eitrige Thyreoiditis acuta. (*Munchn. med Wochenschrift 1908*).
- BAUMGARTEN, Die Histogenese des tuberkulösen Prozess. *Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. 9 u. 10*.
- BÉRARD (L.), Corps thyroïde. Goîtres. (*Coll. Le Dentu et Delbet. (Nouveau traité de chirurgie, Paris 1908)*).
- BETZ, Der symptomatische Kropf der Lungentuberkulose. *Memorabilien, Heilbronn, 1873*.
- BRUNS, Struma tuberculosa. *Bruns Beitrage 1893. Bd. 10*.
- CAMERA, La tuberculosi primitiva della ghiandola tiroide. (*La clin. chir. 1912*).
- CARNOT et DELION, Parathyroïdite tuberculeuse; crises convulsives ayant duré 8 heures et terminées par la mort. (*Soc. de biol. 1905*).
- CHAPPELL, Case of tuberculosis of the thyroid gland. (*Mannhatten eye and earhospitals report, Jan. 1894*).
- CHARRIN, Corps thyroïde et tuberculose. (*Soc. de Biologie, 1898*).
- CHIARI, Über tuberkulose der Schilddrüse. (*Wiener med. Jahrbuch, 1878*).
- COHNHEIN, Über die Tuberkulose der Choroidea. (*Virchons archiv. 1867, Bd. 39*).

- COURMONT et CHALIER, *Soc. de méd. de Lyon*, 1907.
- CLAIRMONT, Zur Tuberkulose der Schilddrüse (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1902).
- CORNER, Primary and secondary local tuberculosis of thyroid gland. (*Clin. Soc. London* 1903-1904.)
- CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*. 1878.
- COSTA, Tuberculose inflammatoire. Goîtres d'origine tuberculeuse (*Thèse de Lyon* 1905.)
- COTTE, Goître d'origine tuberculeuse (*Lyon médical*, 1905.)
- DEMME, Krankheiten der Schilddrüse (*Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1878.)
- DUMAS Tuberculose inflammatoire. Goître exophtalmique d'origine tuberculeuse. (*Thèse de Lyon* 1907.)
- DUMOLARD, Contribution à l'histoire de la strumite (*Lyon médical*, 1878.)
- DUNGER, Über akute nichteitrige Thyreoiditis. (*München med. Wochenschr.* 1908. S. 1879.)
- DURDUFI, Zur Pathogenese des Morbus Basedowii. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887.)
- EWALD, Die Erkrankungen der schilddrüse *Spez. Pathol. U. Therap.* V. H. Nothnagel. 22. Bd. Wien 1896
- VON EISELBERG, Die Krankheiten der schilddrüse. (*Deutsche Chirurgie, Lief.* 38, Stuttgart 1901.)
- FARNER, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii mit besonderer Berücksichtigung der struma. *Virchows Arch. Bd.* 143. 1896, S. 509.)
- FRAENKEL, Tuberculose der Schilddrüse (*Berliner klin. Wochenschrift*. 1897.)
- GABOURD, Goître exophtalmique d'origine tuberculeuse. (*Lyon médical*, 1905.)
- GERBER, Akute tuberkulose thyroïditis. (*Wiener med. Presse*, 1896.
- GILBERT ET CASTAIGNE, Infection thyroïdienne et goître exophtalmique. (*Soc. de biologie. Juin* 1899.)
- GIRAUD, Le corps thyroïde des tuberculeux (*Th. de Paris* 1908.)
- GOUDRAY, De l'influence des maladies infectieuses sur la glande thyroïde (Thèse de Montpellier 1908-09.)
- GRASSET ET ESTOR, Myélite cervicale. Thyroïdite tuberculeuse. (*Revue de médecine*, 1887.)

- HAMBÜRGER, Über das Verhaeltnis des Kropfes zur tuberkulose (*Vierteljahrsschr. f. die prakt. Heilk.* 1853.)
- HÉGAR, Die Tuberkulose der Schilddrüse. (*Dissertation Kiel* 1891.)
- HITZIG, Beiträge zur Histologie und Histogenese der Struma. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 47, 1894, S. 464.)
- HUFNAGEL, Basedow im Anschluß an tuberkuloese Erkrankungen. (*Munch. med. Wochenschrift* 1908)
- IWANOFF, De la tuberculose de la glande thyroïde. (*Thèse de Lyon* 1899.)
- KASHIWAMURA, Die Schilddrüse bei Infections Krankheiten. (*Virchows Archiv* 1901, Bd. 166. S. 2373.)
- KOLHLER Myxoedem auf seltener Basis. (*Berlin. Klin. Wochenschr* Nr. 41. 1894.)
- KÜTTNER, Struma syphilitica. (*Beitraege z. Klin. Chir.* Bd. 22, 1898, S. 517.)
- KRÜCKMANN, Über Fremdkoerpertuberkulose und Fremdkoerperiësenzellen. *Virchows Arch. Supplém. (Heft zu Bd. 138, 1895. S. 118.)*
- LEBERT, Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung, Breslau, 1862. S. 264.
- LEDIARD, Tuberculose primitive du corps thyroïde. (*Trans. of the pathol. soc. of London* 1905. Bd. 57.)
- LENORMANT, Tuberculose du corps thyroïde à propos d'un abcès froid thyroïdien (*Progrès médical*, 1908.)
- LEREBoulLET, Thyroïdite aiguë et tuberculose. (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp.* 1908.)
- LYDSTONE, Acute thyroiditis with abscess. (*New Orleans med. and surg. journal*, 1892.)
- MENDEL, Die syphilis der schilddrüse. (*Med. Klinik*, 1906, Nr 32.)
- MENDEL, Die syphil deris schilddrüse. *Verhandl. d. 23. (Kongr. f. inn. Med. München* 1906.)
- MORIN, Physiologie et médication thyroïdienne. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 1895.)
- MORIN, Zur schilddrüsen-therapie. (*Therapeut. Monatsh.* 1895.)
- MORIN, Tuberculose et glande thyroïde. (*La Presse médicale du* 29 sept. 1906.)
- PERRY, Tuberculosis of the thyroid gland. (*Transact. path. soc London* 1890-91. Bd. 42.)

- PETERSEN, Ein neuer Fall von Schilddrüsentuberculose. (*Dissertation München* 1901.)
- PINOY. Sur la tuberculose du corps thyroïde. (*XIII^e Congrès intern. de méd. Sect. d'anat. path.* 1900.)
- PŒNARU-CAPLESCU.—Über den pathologischen Zusammenhang zwischen der chirurgischen und der medizinischen Tuberculose und der Schilddrüse. *Spitalul* 1911
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Adénome du sein du corps thyroïde d'origine tuberculeuse. (*Bull. de l'Académie de médecine* 1906.)
La tuberculose inflammatoire, Paris 1912.
- PUPOVAC. — Zur Kenntnis der Tuberculose der Schilddrüse. *Wiener Klin. Wochensh.* 1903.)
- DE QUERVAIN Die akute, nicht eiterige Thyreoiditis und die Beteiligung der schilddrüse an akuten Intoxikationen und Infectionen überhaupt. (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 2. Suppl. — Bd. 1904.)
- DE QUERVAIN, Thyreoiditis simplex und toxische Reaktion der Schilddrüse. (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* Bd. 15, 1905.)
- QUINLAN, Tubercular disease of the thyroid gland. (*Proceed. path. society, Dublin*, 1871-74.)
- RAMOND et BLOCH, Tuberculose et Thyroïde. (*Bull. de la soc. med. des hop.* 1908.)
- RIEDEL, Die chronische, zur Bildung eisenharter Tumoren führende Entzündung der Schilddrüse. (*Verhandl. d. deutsch. gesellsch. f. Chir.*, 1896.)
- ROGER et GARNIER, Des lésions de la glande thyroïde dans la tuberculose. (*Arch. génér. de méd.* t. CLXXXV, 1900.
- ROGER et GARNIER, La sclérose du corps thyroïde chez les tuberculeux. *Société de biologie*, 30 Juillet 1898.
- ROGER et GARNIER, Des lésions de la glande thyroïde dans la tuberculose. *Arch. génér. de méd. Nouvelle série.* T. III, 1900, page 385.
- ROKITANSKY, *Lehrbuch der path. anat.* Bd. 3. 3. Aufl. Wien, 1859.

- ROLLESTON, Caseous tubercle in the thyroid gland. (*Path. soc. Transakt.* 1897. Bd. 41).
- RUPPANNER, Über Tuberkuloese Strumen. (*Frankf. Zeitsch. f. Path.* 1909. Bd. 2.).
- SARBACH, Das Verhalten der Schilddrüse bei Infektionen und Intoxikationen. (*Mitteil. a. d. Grenzg.* 1905-1906).
- VON SCHILLER, Kalter Abszess in der gland Thyreoidea. (*Wiener Klin Wochensch.* 1908).
- SCHMORL, Diskussion zu Heckes: Zur Pathologie der Schilddrüse. (*Münchn. med. Wochensch.* 1907).
- SHIMODAIRA, Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose-infektion der Schilddrüse. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1911, Bd. 09).
- STANTON, The thyroid in tuberculosis. (*Annals of med.* 1905).
- STUMME, Ein Fall von Basedow mit Tuberkulose der glandula parathyreoidea. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1907-Bd. 90).
- TAILHEFER, Inflammation chronique primitive cancéroforme de la glande thyroïde (*Revue de Chirurgie* 1898).
- TIXIER et SAVY, Tuberculose thyroïdienne folliculaire à forme de thyroidite ligneuse. (*Lyon chirurgical.* 1913).
- TOMELLINI, Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose der Schilddrüse. (*Beitr. zur path. Anat. u. zur allgem. Path.* 1905).
- TORRI, La tiroide nei morbi infettivi. (*Policlinico sec. chir.* 1900).
- VEREBELY, Beitrag zur Pathologie der bronchialen Epithelkoerperchen. (*Virchows Archiv.* 1906. Bd. 187).
- VIRCHOW, *Die Krankhaften Geschwülste.* 3. Bd. 22. Vorlesung. 1864.
- VÖLCKER, Tuberculosis of the thyroid gland. (*Path. soc. of London*, 1891. Vol. 42).
- WEIGERT, Zur Lehre von der Tuberkulose und von verwandten Erkrankungen (*Virch. arch.* Bd. 77, 1879, S. 269).
- WEIGERT, Über Venentuberkel und ihre Beziehungen zur tuberkuloesen Blutinfektion (*Virch. arch.* Bd. 88, 1882, S. 307).
- VON WERDT Über Lymphfollikelbildung im strumen (*Frankfurter Zeitsch. f. Path.* 1911. Bd. 8).

WINTERNITZ, Tuberculosis of the thyroid gland and its relation to the occurrence of tetany in tuberculous meningitis(*Joh Hopkins Hosp.* 1909).

WOELFLER, Über Bau und Entwicklung des Kropfes.(*Arch. f. Klin. Chir.* 1883, Bd. 29).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Historique et classification des formes de la tuberculose thyroïdienne.....	9
CHAPITRE II. — Observations.....	17
A. Observations se rapportant au type thyroïdite ligneuse.....	18
B. — Groupe : abcès tuberculeux de la thyroïdite....	27
C. — Observations se rapportant au type goître d'aspect ordinaire.....	31
D. — Groupe du type « Goître exophtalmique. ».....	42
CHAPITRE III. — Symptômes et formes cliniques de la tuberculose thyroïdienne.....	45
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique et histogénèse de la tuberculose thyroïdienne.....	52
CHAPITRE V. — Pathogénie.....	57
CHAPITRE VI. — Diagnostic.....	61
1° De la forme ligneuse.....	62
2° De l'abcès froid thyroïdien.....	67
3° De la forme goîtreuse simple tuberculeuse.....	69
CHAPITRE VII. — Pronostic.....	71
CHAPITRE VIII. — Traitement.....	74
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

